

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1973 — N°

ULCÈRES RECIDIVANTS POST-OPÉRATOIRES

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le

par

HADJ - HAMOU Ahmed

né le 28 Mars 1948 à MILIANA (El-Asnam)

MEMBRES DU JURY :

MM. B. MENTOURI :	Professeur de Chirurgie générale..	} PRESIDENT
A. LEHTIHET :	Maître de Conférences Agrégé (Anatomie)	
P. ROCHE :	Maître de Conférences Agrégé (Chirurgie)	} JUGES
A. HAMMANI :	Maître Assistant (Chirurgie)	



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548217_0011

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANÉE 1955-56 N° 1

ULCÈRES RÉCIDIVANTS POST-OPÉRATOIRES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET DÉFENDUE PAR

M. EL HACHEM ACHACHE

Docteur en Médecine à l'Université d'Alger

ALGER 1956

M. A. ACHACHE

Président du Jury

M. L. LEBLANC

Membre du Jury

M. ROCHER

Membre du Jury

M. A. ACHACHE

Membre du Jury

ULCÈRES RECIDIVANTS POST-OPÉRATOIRES

T H E S E

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le.....

par

HADJ - HAMOU Ahmed

né le 28 Mars 1948 à MILIANA (El-Asnam)

MEMBRES DU JURY :

MM. B. MENTOURI :	Professeur de Chirurgie générale	} PRESIDENT
A. LEHTIHET :	Maître de Conférences Agrégé (Anatomie)	
P. ROCHE :	Maître de Conférences Agrégé (Chirurgie)	} JUGES
A. HAMMANI :	Maître Assistant (Chirurgie)	

ANNEE 1971 - 72

ULCÈRES RÉCIDIVANTS POST-OPÉRATOIRES



THÈSE

PRÉSENTÉE À L'UNIVERSITÉ DE LEIDE

Pour l'obtention du grade de

DOCTEUR

MAGI - REMON - ALMAGI

né le 15 Mars 1945 à ALGER (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

15 Mars 1972

Président du jury : M. R. GENTILI
Rapporteurs : A. BOUTIER, E. ROCHE, A. HANNAI
Membres du jury : M. R. GENTILI, A. BOUTIER, E. ROCHE, A. HANNAI

- (5) E R M E N T D' H I P P O C R A T E -

--ooo000000ooo--

H n présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE:

ALA MEMOIRE DE MON PERE

Sa vie d'homme intègre et sa sagesse
resteront pour moi le plus bel exemple.

A MA MERE,

Qu'il nous soit permis de lui exprimer
ici toute notre reconnaissance.

A MA FEMME

A MON FRERE

A MA BELLE SOEUR

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Bachir MENTOURI
Professeur de la Clinique Chirurgicale "A"

Pour l'honneur qu'il nous a fait en nous
confiant ce travail et en présidant le jury de notre
thèse.

Il nous a accueilli avec une extrême
bienveillance dans son service lors de notre stage
d'externat où nous avons pu acquérir de précieuses
connaissances.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer
ici notre respectueuse reconnaissance et notre fidèle
attachement.

A NOS MAITRES ET JUGES:

Monsieur le Professeur P. ROCHE

Professeur à la Clinique Chirurgicale "A"

Nous avons apprécié la grande bienveillance
qu'il nous a toujours témoignée.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de
son enseignement.

Qu'il nous permette de lui exprimer ici notre
vive reconnaissance.

Monsieur Le Professeur Allaoua LENTIHET

Professeur à la Clinique Chirurgicale de DIRTARIA

Lorsque nous lui avons demandé de juger notre travail il nous a témoigné sa confiance et son amitié.

Il nous a enseigné l'Anatomie avec logique et clarté.

Nous avons eu le privilège de travailler à ses côtés à la Clinique Chirurgicale "A".

Nous sommes heureux aujourd'hui de le compter parmi nos juges.

Au Docteur A. HAMANI

Maître Assistant à la Clinique Chirurgicale "A"

Nous tenons à le remercier tout particulièrement pour les précieux conseils qu'il nous a prodigués tout au long de ce travail.

Nous avons bénéficié de son enseignement aussi bien au lit du malade qu'au bloc opératoire qu'il nous soit permis de lui exprimer ici notre vive gratitude.

- I N T R O D U C T I O N -
=====

L'observation a distance d'un grand nombre de malades opérés pour ulcère a montré que les résultats éloignés de ces interventions, pourtant parfaitement réglées, étaient très inconstants dans leur qualité.

Certes, bon nombre d'anciens opérés se déclarent très satisfaits: guéris définitivement de leur ulcère, ils se sont parfaitement adaptés aux nouvelles conditions de leur physiologie digestive. Leur capacité vitale et leur rendement dans le travail sont normaux.

Mais il existe tout un lot de malades qui, a des degrés divers présentent au minimum des troubles digestifs en rapport avec l'intervention initiale et, a un degré de plus, ces patients peuvent présenter une complication de leur maladie ulcéreuse opérée: l'ulcère récidivant. Cette éventualité n'est pas très fréquente comme le montrent nos statistiques, mais il n'en demeure pas moins qu'elle existe a un taux appréciable pour le chirurgien et représente le rançon de la chirurgie gastrique pour ulcère.

Dans notre étude, une remarque terminologique s'impose d'emblée, c'est celle de l'appellation de la récursive: nous lui avons préféré celle d'ulcère récidivant post opératoire.

.../...

Après avoir présenté notre matériel d'étude et fait quelques constatations étio-pathogéniques, il nous a paru important de nous étendre sur la pathogénie des ulcères récidivants sachant qu'actuellement, étudier la récurrence post-opératoire revient pratiquement à remettre en question l'ensemble du traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal et duodénal en particulier.

Nos résultats notent ce qui a été pratiqué antérieurement, les erreurs que nous avons éventuellement constaté, les réinterventions réalisées, les recouperes qui nous ont paru nécessaires, la place que nous avons réservé à la vagotomie soit dans le traitement d'appoint soit faite isolement.

Les suites immédiates et éloignées des réinterventions ont été mentionnées selon des critères que nous avons définis.

E S S A I D E D E F I N I T I O N

Pendant longtemps, c'est sous le terme "d'ulcères peptiques" qu'étaient désignées les récidives ulcéreuses post-opératoires.

Mais cette formule est inadéquate car elle n'indique en rien qu'il s'agit d'une récidive post-chirurgicale, l'ulcération initiale étant elle aussi "peptique". De plus, ce terme d'ulcère peptique prête à confusion avec celui de "peptic ulcer" désignant pour les anglo-saxons l'ensemble des ulcères gastro-duodénaux.

De même l'appellation "d'ulcère anastomotique", qui jouit d'une certaine faveur actuellement, implique, certes, un caractère post-chirurgical, mais est trop restrictive. Elle oblige en effet, à éliminer les récidives duodénales après "vagotomie-pyloroplastie" puisque dans ce cas il n'y a pas eu anastomose.

Mieux vaut donc, comme le proposait LOYGUE il y a 12 ans, s'en tenir à l'appellation "d'ulcère récidivant post-opératoire" qui devra en outre être défini en fonction de son siège d'une part : duodénal, jéjunal, gastrique, de la bouche,.... et du type d'opération à laquelle il succède d'autre part: Gastroentérostomie, gastrectomie, vagotomie-pyloroplastie.... puisque la gastrectomie ne résume pas à elle seule le traitement chirurgical de la diathèse ulcéreuse.

17¹⁷ HISTORIQUE

=====

=====O=====

HISTORIQUE =====

L'histoire de l'ulcère récidivant est dominée par les étapes du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux:

- C'est l'Allemand BERG qui fit en 1897 la première description d'une récurrence ulcéreuse post-gastroentérostomie seule intervention pratiquée à l'époque d'abord pour le cancer de l'estomac puis indiquée dans le traitement de l'ulcère gastro-duodéal.

- Puis en France, c'est E. QUENU qui rapporte le premier cas en 1902 et A. GOSSET en 1906 dans la revue de chirurgie publie le premier travail d'ensemble.

-Puis vient l'époque de la gastrectomie qui remplace progressivement la gastroentéroanastomose.

- VON EISELBERG décrit le premier ulcère peptique après gastrectomie en 1899 .

- En 1928, J.OKINCZYC présente "les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum".

- Au congrès de 1931, A. GOSSET et R. LERICHE font un rapport sur "l'ulcère peptique post-opératoire".

- Puis peu à peu, les ulcères peptiques deviennent moins fréquents, en même temps que les gastrectomies se font plus larges.

- En 1943, DRAGSTEDT avec la vagotomie tronculaire donna le départ d'une chirurgie moins mutilante mais grevée globalement d'un peu plus de récurrence qu'après gastrectomie large.

.../...

Les indications de l'association vagotomie-gastrectomie limitée se précisèrent alors progressivement, notamment sous l'influence des travaux de HOLLANDER.

- En 1958, PÉROTTIN et HOLLANDER présentent un rapport très enrichissant au congrès de chirurgie sur "les ulcères peptiques après gastrectomie".

- 1955 est une date importante dans la compréhension des récidives ulcéreuses, ZOLLINGER et ELLISON décrivirent en effet un syndrome qui permet de dissocier deux types fondamentalement opposés de récidives:

= les récidives que l'on peut qualifier de simples et qui feront l'objet de l'essentiel de cet exposé.

= les récidives dites malignes d'origine pancréatique, ne répondant pas à la thérapeutique chirurgicale habituelle de l'ulcère en raison de leur nature différente: c'est le syndrome de ZOLLINGER ELLISON, celui ci ne rend compte que de l'infime pourcentage d'ulcères récidivants qualifiés jusque là d'intraitables.

Ce sont les récidives simples que nous verront essentiellement, les ulcérations dans le cadre du ZOLLINGER-ELLISON posant des problèmes totalement différents, nous leur consacreront une étude à part.

/ / A T E R I E L d' II T U D E

=====

M A T E R I E L D ' E T U D E

Notre étude porte sur 31 observations réunies à la Clinique Chirurgicale "A" au Centre Hospitalo-Universitaire d'Alger entre les années 1966 et 1973.

Nous avons pensé que la série proposée nous permettrait de recueillir des données intéressantes sur les plans ; pathogénique, clinique, étiologique et thérapeutique.

I/- F R E Q U E N C E -

Nous avons répertorié 693 interventions pour ulcères gastro duodénaux effectuées dans le service de 1966 à 1973 parmi lesquelles nous avons relevé les 31 récurrences ulcéreuses soit un taux de 4,47 %.

Ce taux se rapproche de celui proposé par la plupart des auteurs :

(AUTEURS	(Nbre de cas	(%
(LOYGUE	(—	(3 - 5 %
(DE VERNEJOUL	(—	(2 - 3 %
(PERROTIN-HOLLANDER	(194	(1,46 %
(C.C.A.	(31	(4,47 %

II/- T E R R A I N

a) Répartition selon l'âge

Nous avons tenu compte uniformément de l'âge au moment de la première intervention pour ulcère récidivant.

L'âge des malades est très variable. Dans nos observations le plus jeune à 23 ans, le plus âgé 67 ans.

La majorité des malades se situent entre 35 et 60 ans (85 %).

L'âge moyen est de 47 ans.

AUTEURS	Majorité des cas	%	Moyenne
MARSCHALL	33 - 63 ans	68 %	48 ans
WALTERS	30 - 62 ans	59 %	46 ans
PERROTIN-HOLLANDER	30 - 50 ans	63,3%	40 ans
C. C. A.	35 - 60 ans	85 %	47 ans

En fait l'ensemble de ces chiffres montre que si le maximum de fréquence de l'ulcère récidivant post-opératoire se situe autour de la quarantaine, l'on peut le rencontrer à tout âge.

.../...

b) Répartition selon le sexe

Elle révèle l'écrasante majorité masculine puisque nous ne relevons qu'une femme sur les 31 cas soit 3,3 %.

Le chiffre est cependant inférieur à ceux habituellement publiés, ceci probablement du fait de notre courte série:

AUTEURS	Nb DE CAS	Nb DE FEMMES	% DE FEMMES
GLENN	113	13	11,5 %
SANTY	125	5	6 %
PERROTIN-HOLLANDER	-	-	14,7 %
WYCHULIS	-	-	13,9 %
MOUTIER	-	-	3,4 %
C. C. A.	31	1	3,3 %

La prédominance masculine est irréfutable dans la récurrence ulcéreuse, ceci tient au fait que l'ulcère survient beaucoup plus souvent chez l'homme et en particulier l'ulcère duodénal principale cause première de la récurrence peptique.

.../....



c/- Facteur constitutionnel, familial, social, conditions alimentaires

Il est certain que la plupart des auteurs ont été frappés par la morphologie générale de l'ulcéreux, encore qu'on puisse se demander si elle n'est pas plutôt la conséquence que l'origine de la diathèse.

ALADIE et COUINAUD parlaient "D'hypersthéniques gastriques".

Depuis longtemps on pense que l'anxiété, la tachyphagie, l'instabilité vasomotrice (CHARRIER) sont autant de facteurs favorisants.

Le facteur social (conditions de vie et de travail) interviennent aussi dans la genèse de la diathèse, c'est ainsi que la plupart de nos malades ont des professions pénibles et des conditions de vie précaires ce qui entrave une bonne assiduité envers les conseils hygiène diététiques et le traitement médical qui leur sont prescrits.

En effet la plupart de nos malades ne viennent-ils pas souvent demander au chirurgien une solution qu'ils espèrent radicale.

Les conditions alimentaires sont pour une certaine part en relation avec les éléments précédents mais ceci n'a rien d'absolu car quelques uns de nos malades suivaient un régime strict et ont néanmoins récidivé.

.../...

III/- Délai d'apparition

Il est difficile à établir avec précision surtout s'il n'y a pas eu d'intervalle libre.

Ces délais sont très variables d'un malade à l'autre et ne semblent répondre à aucun critère.

Dans notre série, ils s'échelonnent entre 3 mois et 22 ans - Les délais les plus prolongés concernant les gastro-entéro-anastomoses isolées. Ce délai diminue lorsqu'une vagotomie est associée ou après gastrectomie, ceci du fait de la suppression de l'entre qui sécrèterait un inhibiteur de l'activité gastrique (WYCHULIS) et de la resection des pneumogastriques qui n'empêche pas la récurrence lorsque l'acidité n'est pas d'origine vagale mais l'a au contraire facilité par diminution de la sécrétion de l'inhibiteur gastrique qu'elle a entraîné et par la stase gastrique qu'elle provoque ce qui augmente l'acidité gastrique.

Nous avons figuré sur un tableau la durée de l'évolution ulcéreuse pré-opératoire chez nos malades:

durée de l'évolution préopératoire	Nbre de cas	%
moins de 3 mois	2	33 %
1ère année	8	
2 à 5 ans	11	28 %
plus de 5 ans	9	

Ainsi dans notre série 33 % des ulcères récidivants surviennent dans la 1ère année et 70 % dans les 5 premières années.

PERROTIN HOLLANDER: 54 % 1^{re} première année
: 89 % les 5 premières années.

Ces auteurs ne tenant compte que des gastrectomies.

Il est donc intéressant de savoir que l'ulcère peptique peut être précoce comme nous l'avons vu et même très précoce comme l'ont rapporté PERROTIN, OFINCZYC et COURTY : révélé que quelques jours après l'intervention par une hémorragie massive ou une perforation aigue. Et qu'à l'opposé, l'ulcère récidivant reste possible après 25 - 30 ans de guérison apparente.

OBSERVATION N°		1	2	3	4	5
N O F		Ta.....	Doua....	Mah.....	Ach.....	Reb....
Inter. antérieure	Date	1962 Glycines	1966	1965	1964	1970
	Type	Castrect. Finsterer	GEA + Vagot.	GEA + Vagot.	GEA	Vagot.+
Intervalle libre		8 ans	3 ans	2 ans	2 ans 1/2	1 an 1/2
Douleurs		++	+	±	-	++
Vomissements		-	-	-	-	+
Transit troubles		+	-	-	-	-
Etat Gén ¹ . Altération		±	±	+	+	±
Hémorragies		-	+	++	-	+
Perforations		-	-	-	-	-
Fistule		-	-	-	-	-
Radio		+	+	+	+	±
Endoscopie		-	-	-	-	-
Trt. de l'URPO	Date	Mars 70	Nov. 70	Nov. 67	Janv. 67	Fév. 72
	Type	Péan	Finsterer	Finsterer	Péan + vagot.	Péan
Suites	Immédiates	Bonnes	bonnes	bonnes	bonnes	bonnes
	Eloignées	Moyennes	Mauvaises	non revu	perdu de vue	Mauvais

OBSERVATION N°		6	7	8	9	10
N O M		Ab.....	Co.....	Col.....	IL-Ch....	Deb.....
Inter. ant- rieure	Date	1956	1947	1967	1965	1966
	Type	CM	Castrect. exclusion	GEI	GEI	Finsterer + vagot.
Intervalle libre		13 ans	22 ans	2 ans	3 ans	3 ans
Douleurs		++	++	++	++	++
Vomissements		-	++	-	-	+
Transit troubles		+	+	+	-	-
Etat général altéré		+	++	++	++	+
Hémorragies		+	-	-	++	-
Perforations		-		-		-
Fistules		-	++	-	++	-
Radio		+	+	+	+	-
Endoscopie		-	-	-	-	-
Trt de L'URPO	Date	Nov. 69	Mai 1969	Janv. 69	Juût 68	Mars 70
	Type	Finsterer	Réon	Finsterer + vagot	Finsterer	Finsterer
Suites	Immédiates	Bonnes	D.C.D. Juin 69	Moyennes	Mauvaises	Bonnes
	Eloignées	Moyennes	D.C.D. Juin 69	perdu de vu	D.C.D. 2/10/68	très bonnes

OBSERVATION N°		11	12	13	14	15
N O M		Ri.....	Leb....	Zaab.....	Grib...	Saï.....
Interv. antérieure	Date	1968	1960	1964	1964	1967
	Type	Gastrect. exclusion	Finsterer	Polya	Finsterer	Péan
Intervalle libre		1 an	8 ans	6 ans	5 ans	2 ans
Douleurs		+++	++	++	++	+
Vomissements		+		+	-	-
Transit troubles		-	+	-		+
Etat général altéré		- -	- -	+	+	++
Hémorragies		++	++	+	++	-
Perforations		+	-	-	+	-
Fistules		+	-	-	-	-
Radio		-	+	+	+	+
Endoscopie		-	-	-	-	+
Trt de l'URPO	Date	Juin 69	Mai 68	AOût 70	14 Mars 1969	Juin 69
	Type	Finsterer	Finsterer	Péan	Finsterer	Péan
Suites	Immédiates	Mauvaises	Bonnes	Bonnes	Mauvaises	Bonnes
	Eloignées	D.C.D.le 14.8.68	Bonnes	Bonnes	D.C.D.le 15.3.69	Bonnes

OBSERVATION N°		16	17	18	19	20
N O M		AR....	Berk....	Gued....	Bouk....	Benh....
Interv. Antérieure	Date	1956	1955	1968	1968	1967
	Type	GEA	Finsterer	Finsterer	Finsterer	GEA + vagot.
Intervalle libre		3 ans	13 ans	5 ans	2 ans	3 ans
Douleurs		++	+	++	++	++
Vomissements		+	+		-	+
Troubles transit		++	-	-	-	-
Altération Etat Gén.		+	+	+	++	+
Hémorragies		-	-	+	+	-
Perforation		-	+	-	-	-
Fistules		-	-	-	-	-
Radio		+	+		+	-
Endoscopie		-	+	-	-	+
Trt. de 1 ^{er} URPO	Date	janv. 68	Fev. 68	Juin 73	1970	Juin 70
	Type	Finsterer	vagot thoracique	vagot. abdomin.	Médicale	Finsterer
Suite	Immédiates	Bonnes	Bonnes	Bonnes	Bonnes	Bonnes
	Eloignées	Moyennes	Bonnes	Perdu de vu	Moyennes	T. Bonnes

OBSERVATION N°		21	22	23	24	25
N O M		Yous...	Ben....	Kre....	Fat.....	M'L....
Interv. antérieure	Date	1969	1971	1962	Juin 72	1970
	Type	vagot. + pyloropl	vagot.+ pyloropl	Gastrect Finsterer	Gastrect exclusion	vagot + pyloropl
Intervalle libre		1 an	2 mois	9 ans	2 mois	1 an
Douleurs		+	+	++	++	++
Vomissements		-	+			-
Transit troubles		+	+	-	+	+
Altération Etat Gén		++	++	++	+++	+++
Hémorragies		-	+	+	-	+
Perforation		-	-	-	-	+
Fistules		-	-	-	-	-
Radio		+	+	-	-	+
Endoscopie		-	+	+	-	+
Interv. ult. l'URPO	Date	1970	Mars 72	1971	Sept.72	Juill.72
	Type	Médical	Finsterer	Péan	Finsterer	Péan
Suite	Immédiates	Moyennes	Bonnes	Bonnes	Bonnes	Bonnes
	Eloignées	Moyennes	Bonnes	Mauvaises	Moyennes	perdu de vue

OBSERVATION N°		26	27	28	29	30	31
O M		CHI.....	You.....	Mon.....	Mon.....	Laou.	Greb.
Antérieure	Date	1969	1959	1970	1960	1968	1969
	Type	Péan	GEA + vagot.	Péan	Gsatrect. exclusion	Fins-terer	Fins-terer
Intervalle libre		4 ans	11 ans	8 mois	8 ans	3 ans	1 an
Lésions		+	++++	+++	++	+	++
Lésions		+	-	+	-	+	+
Lésions du transit		+	+	-	-	+	-
Lésions A.G.		++	++	+	+	+	+++
Lésions		+	-	+	++	-	++
Lésions		+	-	-	+	-	-
Lésions		-	-	-	-	-	-
Lésions		+	+	-	+	-	+
Lésions		-	+	-	-	-	-
URPO	Date	Fév. 73	Mai 70	1972	1969	1971	1971
	Type	Finsterer	Péan	Péan	Finsterer	Médi-cal	Finst
	Immédiates	Mauvaises	Bonnes	Bonnes	Bonnes	Moyen- ne	Moyen- ne
	Eloignées	Moyenne	T. Bonnes	T. Bonnes	Perdu de vue	Perd. de vue	opéré par L. +vagot

II) A T H O G E N I E
=====

P A T H O G E N I E

La récurrence ulcéreuse est la conséquence de causes diverses souvent intriquées.

Dans son rapport au congrès de 1931, René LERICHE écrivait " si nous disions à un étudiant de 1ère année: voici un malade qui a été opéré pour un ulcère de l'estomac, il a un nouvel ulcère sur l'anse anastomosée - Quelle est la cause de ce nouvel ulcère ? il répondrait probablement que la même cause a engendré les 2 ulcères, et, évidemment il aurait raison".

La récurrence peptique étant liée à la persistance d'une hyperacidité gastrique, une étude physiopathologique gastrique s'impose donc et pour ce faire, nous étudierons successivement:

= Les causes générales dépendant:

- Soit d'une résection trop limitée du moignon pyloroduodénal ce qui fera discuter la gastrectomie pour exclusion.

- Soit d'une résection insuffisante de la zone antrale réfléxogène à gauche.

= Les causes locales : relevant de la technique opératoire.

= Les autres causes :

A /-- CAUSES GENERALES

1/- Insuffisance de résection à droite

La résection vers la droite doit supprimer au mieux l'ensemble de la zone réfléxogène antro-pyloro-duodénale car la sécrétion d'acide chlorydrique bien que d'origine fundique est sous la dépendance de l'excitation antro-pylorique: "l'antrum commande l'acidité qu'il ne produit pas" (LERICHE).

.../...

D'après WADELL, ROBERTSON, WOLF, la région antro-pylorique joue un rôle dans la régulation de l'acidité gastrique par l'intermédiaire d'un facteur humoral (lagastrine) mais aussi par un facteur nerveux.

La région antrale étant une zone réflexogène à partir de laquelle partiraient des influx nerveux vers le centre vagal bulbaire et l'influencerait dans un sens ou dans l'autre. Les influx afférents seraient ensuite transmis à l'estomac par les nerfs pneumogastriques et probablement par certains nerfs sympathiques.

L'antre pylorique ferait donc partie d'une zone réflexogène influençant le centre vagal à la manière d'autres influx venant de la langue, des dents ou du pharynx.

De ce fait, la résection de l'antre permet la suppression d'un important centre réflexogène.

Mais il existerait aussi au niveau de l'antre un facteur inhibiteur au fonctionnement antrol ce qui expliquerait la précocité de la récurrence après gastrectomie.

La résection large de la région antrale s'impose donc mais ne suffit pas comme le notait KOURIAS (27) qui retrouvait parmi 5 de ses récurrences ulcéreuses 4 cas où le moignon pyloro duodénal contenait des îlots de muqueuse antrale.

En effet, bien que longtemps méconnue, la région duodéno-pylorique joue un rôle important dans l'hypersécrétion gastrique.

.../...

HILLEMAND remarquait que le bulbe duodénal contient des nappes continues de glandes de Brünner et l'analogie est grande entre ces segments à réaction alcaline et la région antro-pylorique dont on connaît le rôle sécrétoire sur les glandes du fundus. N'existe-t-il par conséquent, une "duodénine" proche parente de la "gastrine" produite par les glandes de Brünner et à action comparable.

GOFFIN et PELE ont montré que l'hormone stimulatrice du fundus pouvait être sécrétée non seulement par le duodénum mais aussi par le jéjunum et l'iléon jusqu'à sa fin en s'estompant de plus en plus.

Donc la résection vers la droite doit être une gastropyloro-bulbectomie emportant quelques centimètres du premier duodénum.

Cet impératif de thérapeutique d'exérèse suffisante vers la droite pose le problème souvent débattu de la gastrectomie pour exclusion. Mais ce terme englobe plusieurs variantes techniques et signifie une résection à droite ne dépassant pas la zone de l'ulcère. Elle a été proposée en 1948 par FINSTERER (45) et c'était plutôt une gastrectomie pour "isolement" qu'il pratiquait dans les ulcères duodéno-pyloriques d'exérèse difficile ou risquée; elle consistait alors en une résection gastrique laissant en place une manchette antro-pylorique.

On parle aussi de gastrectomie pour exclusion dans les cas où un ulcère duodénal est laissé en place, même si la résection à droite porte au-delà du pylore. Mais le résultat de ces techniques s'est avéré décevant.

.../...

Nous savons que par la suite FINSTERER modifia sa technique pour aboutir à une résection gastrique large avec antrectomie et excision d'une large collerette de muqueuse pyloro-duodénale.

Ainsi réalisée, la gastrectomie pour exclusion ne donne pas plus de récidence que la gastrectomie classique.

Cette technique de plus en plus remise en question actuellement, a été à l'origine de 3 de nos observations:

- FAT...Mansour, 40 ans, Observ. N° 24

-Juin 1972 = Ulcère du bulbe duodénal perforé-bouché dans le pancréas.

= Gastrectomie pour exclusion.

-Sept. 1972= de nouveau ulcère de D1

= Résection gastrique importante car insuffisante précédemment+ résection jéjunale + duodéno-pylorique.

= Rétablissement Finsterer transmésocolique.

= Bonnes suites avec un recul de 1 an.

- RI...Belkacem, 39 ans Observ. N°11

- Avril 1968= Gastrectomie pour exclusion pour ulcère duodénal perforé bouché dans le pancréas et dans une autre anse intestinale incarcerated sur la bouche anastomotique.

-Juin 1969 = Nouvel ulcère

= Recoupegastrique, jéjunale, duodéno-pylorique.

= Rétablissement Finsterer.

.../...

- Août 1969 = Décès du malade par fistule gastro jéjuno-colique.
- GA... Ahmed, 59 ans, Observ. N° 7
 - 1941 = Ulcère duodénal
 - = Gastroentérostomie
 - 1947 = Ulcère peptique
 - = Gastrectomie pour exclusion
 - Mai 1969 = Nouvel ulcère peptique
 - = Résection gastrique, jéjunale, duodéno-pylorique.
 - = Rétablissement gastro duodénal.
 - Juin 1969 = Décès du malade par fistule duodénale.

Il est à noter que dans aucun de ces cas une vagotomie abdominale n'a été associée à la gastrectomie pour exclusion, selon PERROTIN et LOLLANDER (45) la vagotomie entraînerait une diminution importante et durable de l'acidité gastrique lorsqu'elle est pratiquée en même temps que cette intervention laissant l'ulcère duodénal en place.

2/- Insuffisance de résection à gauche.

Les auteurs n'insistent pas spécialement sur une résection étendue à gauche, le tout est de supprimer la zone réfléchogène antrale. Mais cette affirmation théorique n'est pas aussi simple lors de l'intervention.

Comme disait R. LERICHE: " L'antra anatomique, chez l'homme n'est pas superposable à l'antra physiologique, d'où les difficultés d'en définir les limites exactes".

Actuellement la plupart des chirurgiens pensent que la résection économique expose plus aux risques de récurrence que celle emportant les deux tiers de l'estomac .

Par ailleurs la gastrectomie large ne protège pas obligatoirement le malade contre la récurrence et ceci s'explique par trois ordres de faits:

- La présence d'ilots hétérotypiques de muqueuse pylorique en muqueuse fundique au niveau de la grande tubérosité.

- La persistance de muqueuse antrale dans le moignon gastrique même après une gastrectomie correcte.

Il est en effet difficile d'affirmer avoir enlevé toute la muqueuse antrale; souvent à l'examen anatomopathologique on retrouve de la muqueuse pylorique à la limite de l'antra examinée, ceci même si l'on coupe jusqu'à 20 centimètres de petite courbure.

La difficulté de situer exactement l'importance que doit prendre la gastrectomie vers la gauche: Le repère à gauche se situant juste au dessous de l'artère coronaire stomacale et celle ci présentant de nombreuses variétés anatomiques. Il faudra donc tenter de concilier entre les 2 extrêmes et:

- + Ne pas pratiquer une résection excessive exposant aux troubles importants de l'agastrie: déficit pondéral, diminution de la capacité de travail, anémie, syndrome du petit estomac, dumping syndrome, qui risquent de compromettre les suites de l'intervention.

- + Ne pas être trop économique ceci exposant aux risques de récurrence ulcéreuse.

.../...

Comme le prouvent les observations rapportées au Congrès de Chirurgie de 1958 à savoir que la moyenne des récidives en cas de résection insuffisante est quatre fois plus importante que celle notée pour une résection large.

Pour notre part, 8 fois nous avons découvert une résection insuffisante lors de dévastroentéro-gastrectomies dont 3 étaient nettement économiques:

LEB...Abdellaziz, 55 ans, Observ. N° 12

- 1960 = Ulcère duodénal
Hémigastrectomie
= Anastomose gastro jéjunale
- Mai 1968 = Récidive jéjunale
= Recoupe gastrique des 2/3+ recoupe jéjunale
= Anastomose à la Finsterer

SA...Abdelkader, 44 ans, Observ. N° 15

- Avril 1967= Gastrectomie insuffisante
= Anastomose Péan
- Juin 1969 = Récidive peptique
= Recoupe gastrique de 2 cms + recoupe
duodénale
= Anastomose Péan.

Nous pouvons donc dire que pour mettre à l'abri de la récidive, la gastrectomie ne doit laisser en place que le tiers de l'estomac et qu'un bon moignon doit effleurer le rebord costal gauche en fin d'intervention.

.../...

3/ - La longueur de l'anse afférente

Lorsque l'anse afférente est longue, son péristaltisme en est ralenti et les sécrétions biliopancréatiques qui la traversent perdent ainsi une grande partie de leur pouvoir tampon.

D'autre part, elle oblige à réaliser l'anastomose sur une zone physiologiquement plus sensible. Elle est aussi facteur de reflète et de stase dans la portion afférente, à l'origine d'une excitation permanente des zones réflexogènes bulboduodénales.

Nous avons un cas illustrant bien ce que nous venons de signaler, c'est celui d'un de nos malades qui a subi cinq interventions:

Z...Said, 32 ans, Observ. N° 13

- Août 1963 = pyloroplastie-vagotomie pour ulcère duodénal.
- Juill.1964 = réintervention pour récurrence duodénale
= gastrectomie des 3/4 et anastomose POLYA.
- Janv. 1970 = récurrence peptique
= dégastrogastrectomie et résection de 8 cm d'anse afférente à la bouche.
- Juill.1971 = découverte au cours de l'intervention d'une anse grêle monstrueuse coudée sur le mésocolon transverse.
- Août 1972 = T.G.D. montre une dilatation importante de l'anse afférente et de D₃ ainsi que des signes indirectes d'ulcère.

.../...

= La gastroscopie montre une stomite et une jéjunite importantes donc un stade préulcéreux de même que la symptomatologie révélatrice.

= Réintervention : recoupe jéjunale.

4/ - Mode de rétablissement de la continuité

L'étude comparative du Péan et du Finsterer - Polya nous paraît intéressante vu les divergences d'opinions des auteurs sur les deux types d'anastomoses.

Les uns pensent que le duodénum résiste mieux que le jéjunum à l'acidité gastrique. Les autres prétendent que la persistance du duodénum et la résection gastrique économique qu'implique le Péan font que l'acidité résiduelle est plus importante après anastomose gastroduodénale qu'après rétablissement gastro-jéjunal.

En fait il semblerait que techniquement bien accomplies aucune de ces deux méthodes ne donnent plus de récidives que l'autre.

Le tout est qu'en cas d'anastomose gastro-duodénale il faut réaliser une gastroduodénectomie correcte et savoir renoncer au Péan s'il paraît techniquement périlleux. Quant à la traction sur l'anastomose, dans le cas du Péan, on peut pratiquement toujours l'éviter sans pour autant faire une résection économique, il suffit pour cela de pousser loin à gauche la libération de grande courbure, et à droite, à pratiquer un décollement duodéno-pancréatique.

Pour notre part, nous retrouvons 3 cas de récidives ulcéreuses après anastomose gastroduodénale dont 2 sont des insuffisances de résection à droite et 1 à gauche:

.../...

CH... Kaci, 55 ans, observ. N° 26

1969 = ulcère gastrique
= gastrectomie Péan

Fév.1973 = récurrence anastomotique
= recoupe gastrique + duodénopylorique avec
fermeture
= rétablissement gastro-jéjunal.

MAH...Amar, 49 ans, observ. N° 28

Mai 1970 = gastrectomie insuffisante pour ulcère duodénal
= anastomose Péan

Fév.1971 = reprise de la symptomatologie ulcéreuse
= T.G.D. montre des signes indirects d'ulcère
duodénal avec gastrectomie paraissant
insuffisante.

1972 = gastrectomie Péan - suites médiocres

SA...Abdelkader, 44 ans, observ. N° 15

Avril 1967= ulcère duodénal
= gastrectomie - Péan

Juin 1969= récurrence ulcéreuse duodénale
= recoupe gastrique + duodénale
= anastomose Péan

Donc à chaque fois une insuffisance de résection a pu
être notée et l'erreur ne paraît donc pas imputable au mode de
rétablissement Péan.

SANTY et DELANNOY pensent que l'anastomose gastro-
duodénale permet à la fois une gastrectomie large et une duodé-
nectomie de D1, ces auteurs notent d'excellents résultats.

Nos statistiques se rapprochent de celles de la plu-
part des auteurs.

Tableau comparatif des récidives après Billroth II et Péan:

Auteurs	Interventions		Nombre de récidives
	Nombre de	cas	
HARKINS	104	Péans	0
	135	Billroth II	3
FINSTERER	22	Péans	3
SMADJA (54)	36	Observ.	2 URPO après Péan
C . C . A	31	Observ.	12 URPO après B.II 3 URPO après Péan

Pour notre part, nous n'incriminerons pas plus le Péan que le Billroth II et pensons que dans les deux cas seule la résection adéquate protégera au mieux de la récidive.

5/- La Gastroentéroanastomose

Cette intervention n'est pratiquée à l'heure actuelle de façon isolée dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux que de façon tout à fait exceptionnelle c'est-à-dire dans le cas où l'état général du malade ne lui permet pas de subir un choc opératoire trop important.

Ce type d'intervention n'influence aucunement l'acidité gastrique elle favorise au contraire au maximum la constitution d'un ulcère peptique.

Nous la retrouvons cependant dans 5 de nos observations ce qui prouve que ses conséquences sont loin d'être terminées:

.../...

- AK...Hocine, 53 ans observ. N°6
 - 1956 = Ulcère duodénal
 - = gastroentérostomie simple.
 - Nov.1969 = Récidive ulcéreuse
 - = gastrectomie Finsterer
- ACH... Ahmed, 58 ans, observ. N° 4
 - Mai 1964 = Ulcère duodénal
 - = gastroentéroanastomose transmesocolique
 - Janv. 1967 = Ulcère peptique
 - = gastrectomie
 - = anastomose gastroduodénale + vagotomie
- AR...Ahmed, 59 ans, observ. N° 16
 - 1956 = Ulcère duodénal
 - = gastroentérostomie isolée.
 - Janv.1968 = Ulcère peptique
 - = gastrectomie Finsterer
- EL GH...Mohamed, 45 ans, observ. N° 9
 - Août 1965= Ulcère duodénal
 - = gastroentérostomie simple
 - Août 1968= Ulcère peptique
 - = gastrectomie Finsterer
 - = décédé en Octobre 1968 d'une fistule colique.

.../. .

Tableau comparatif des récidives après gastroentérostomie:

(Auteurs	(Nombre de cas	(récidives
(WYCHULIS (50)	(36	(20
(SMADJA	(360	(204
(C.C.A.	(31	(5

Certes, la gastroentéroanastomose assure la vidange gastrique et met au repos l'estomac et l'ulcère ce qui est assez palliatif lorsque l'état du malade ne nous permet pas de parfaire:

- Elle supprime donc la stase.

- Neutralise le suc acide par le reflux duodénal et bilio-pancréatique.

- Fait céder les phénomènes vasomoteurs.

Mais comme le disait LERICHE: "elle est un monstre physiologique mettant en présence de l'acide sur une muqueuse jéjunale mal défendue".

Elle expose:

- Aux accidents précoces du circulus viscosus.

- A L'invagination de l'antré, plus rarement.

- Aux syndromes secondaires des gastroentérotomisés

où s'intriquent la persistance évolutive de l'ulcère initial, la gastro jéjunite et le rôle des adhérences autour de la bouche ce qui entrainera une inflammation périviscérale.

- A la diarrhée par vidange trop brutale de l'estomac dans le jéjunum.

- A la sténose de la bouche partielle ou totale.

Quoi qu'il en soit et comme nous l'avions signalé, si la gastroentérostomie s'avère nécessaire, il faudrait pallier à ses inconvénients en prenant certaines précautions; c'est-à-dire pratiquer une anastomose post transpèsocolique pour assurer une large bouche sur anse courte, ceci sachant que le premier segment du grêle se défend mieux contre l'acidité, et isopéristaltique.

Pour ce faire, il faudra donc éviter une gastroentérostomie précolique qui entraîne un mauvais drainage ou d'associer une intervention reconstructive telle que l'anastomose en Y ou la jéjuno-jéjunostomie à la BRAUN, qui, toutes deux dérivent les sucs alcalins.

La gastroentérostomie n'est donc qu'une intervention palliative, elle doit être considérée comme une indication exceptionnelle.

La plupart des auteurs, la rejettent, car 10 à 15 % des récidives qu'ils ont repertoriées provenaient d'elle, alors que la gastrectomie n'est responsable en moyenne que de 3 % de récidives.

6/ - La Vagotomie

Elle a un rôle certain dans le traitement de l'ulcère car elle interrompt l'arc réflexe responsable de la sécrétion gastrique d'origine réflexe et diminue la réceptivité des cellules de l'estomac aux autres stimuli de la sécrétion.

.../...

DRAGSTEDT (45) est le promoteur de la vagotomie, il réserve son indication à l'ulcère duodénal qu'il considère d'origine vagale .

La vagotomie est pratiquée surtout par voie abdominale dans le cas du traitement de l'ulcère initial car il faut lui associer une opération de vidange (gastroentérostomie, pyloroplastie ou gastrectomie) sachant que les nerfs pneumogastriques sont mixtes et que par conséquent leur section comporte des inconvénients:

- Le réflexe vagal qui ne se voit jamais.
- Les troubles moteurs de l'estomac: dilatation aigue, pesanteur post prandiale, blocage digestif, ballonnement abdominal haut, nausées, vomissements bilieux, régurgitations.

L'échec de la vagotomie associée à une opération de vidange est dû le plus souvent à une section tronculaire incomplète rendue difficile par les nombreuses variétés de division anatomique des pneumogastriques sous diaphragmatiques.

Notre étude retrouve les résultats suivants:

Auteurs	vagotomie isolée	vagotomie + opération de Vid.	Nb de récurrences
DRAGSTEDT	17	0	5
POLLOCK	167	0	62
DRAGSTEDT	0	219	20
HOERR	0	147	10
C.C.A.	0	8	14 URPO post v+P 15 post vag.+GEA

Parmi nos 9 cas, la vagotomie a été associée 5 fois à une gastroentéro-anastomose et 4 fois à une pyloroplastie. Elle n'avait jamais été pratiquée isolément comme traitement de l'ulcère initial.

La plupart des auteurs notent également un taux d'environ 3 % d'ulcères récidivants après vagotomie + opération de vidange (Gesa ou pyloroplastie) alors qu'il tombe à 1 - 2 % pour la gastrectomie associée à la vagotomie.

La cause de ces taux de récidives élevées ne serait-il pas en rapport avec une vagotomie incomplète dans le cas où elle est pratiquée en association avec un autre geste pratiqué par voie abdominale, ce qui rend incertain la section complète des pneumogastriques alors que la vagotomie par voie thoracique est sûre d'être complète ?.

B / - CAUSES LOCALES.

I/- Rôle des sécrétions bilio-pancréatiques

Elles ont un pouvoir tampon grâce a leurs propriétés alcalines lors de leur passage à travers la bouche anastomotique.

Et toute dérivation de ces sécrétions ne ferait qu'augmenter le risque d'ulcère peptique.

Nous ne ferons que citer ces interventions que nous n'avons pas eues à observer parmi nos cas:

- Les anastomoses en Y.

- Les Polya à anse longue avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire au pied de l'anse.

Il faut aussi éviter les anastomoses à anse longue car comme nous l'avons vu précédemment, la sécrétion alcaline bilio pancréatique diminue quantitativement et qualitativement par réduction notable de son pouvoir tampon.

L'anastomose gastro-jéjunale doit se trouver le plus près possible de l'angle de Treitz, la longueur de l'anse afférente ne devra pas dépasser 10 cms.

Nous avons déjà présenté l'un de nos malades chez lequel la résection de l'anse afférente a été nécessaire par deux fois consécutives: huit centimètres la première fois et trente la deuxième fois.

De plus, l'anastomose transmésocolique est préférable à la précolique.

- POILLEUX (45) rapporte 5 cas d'ulcères peptiques . . . après gastrectomie avec anastomose en Y .

.../...

- VERHAEGHE note 10 anastomoses au pied de l'anse sur 30 cas étudiés.

- SEYLAN : 15 sur 37

- SMADJA (54): 5 sur 36 ulcères peptiques.

II/- Reflux et stase dans l'anse afférente

Ils sont évités par la bonne suspension de l'anse afférente.

DOR, qui retrouve dans ses cas presque chaque fois le reflux dans l'anse afférente insiste beaucoup sur ce point.

Il faut également bien refermer la brèche mésocolique pour éviter l'invagination de l'anse afférente ou efférente ce qui est un facteur de stase.

Le montage doit en fait être réalisé de telle manière que l'anse afférente soit contre la petite courbure et l'efférente contre la grande courbure.

III/- Largeur et siège de la bouche anastomotique

Il semble se reconstituer un sphincter au niveau de la bouche anastomotique qui s'ouvre et se referme permettant une évacuation gastrique péristaltique, mais qui doit être rapide pour éviter la stase et l'hypersécrétion.

Cette propriété de la bouche anastomotique ne tient pas à sa largeur importante, car lorsque la suture est faite à points séparés et non au bouton, cette largeur est fixée par le diamètre du grêle sous jacent.

Le fait important est que cette bouche doit être déclive, souple, extensible et contractile.

.../...

Chaque fois qu'une de ces conditions n'est pas remplie, la stase s'installe en même temps qu'une hyperacidité et donc le risque d'ulcère rédivant.

Dans notre série nous relevons:

Auteurs	Après G.E.A.	Après Gastect.
SPADJA (54)	2	2
MAISEL (34)	1	3
C.C.A.	3	3 dont 2 Péans

IV/- Causes locales accessoires.

- L'emploi de clamps trop durs, la présence d'un hématoire au niveau de la tranche de section seraient en faveur.

- STEINBERG et BARR (54) pensent qu'un spasme local au niveau du jéjunum par réaction à l'acidité entraîne une zone d'ischémie génératrice d'ulcère. FANLY n'approuve pas cette théorie.

- TOPOCK et KAPLINGER incriminent le surjet de la bouche qui entraîne une ligature des vaisseaux et crée une ischémie alors que les points séparés épargnent en s'interposant les vaisseaux.

Ces faits exceptionnels expliqueraient peut être l'apparition d'ulcères récidivants alors qu'existe une achlorhydrie gastrique.

.../...

C / - AUTRES CAUSES

I/- Lésion initiale.

Les récidives s'observent pratiquement toujours après interventions pour ulcères duodénaux.

Elles sont infiniment plus rares si la lésion initiale était gastrique.

Elles sont quasiment inexistantes au décours de la chirurgie pour cancer de l'estomac.

L'aphorisme "pas d'acidité, pas d'ulcère" reste en effet aussi vrai pour la récurrence que pour la localisation duodénale initiale.

Des signes d'excitabilité nerveuse sont fréquents dans l'ulcère duodénal alors qu'ils sont souvent inexistantes dans l'ulcère gastrique, ceci mis en évidence par le test à l'insuline; l'ulcère gastrique répond au contraire à un hyperfonctionnement antral mis en évidence par le test à l'histamine.

Ceci explique que la gastrectomie, qui aboutit parfois à la récurrence en cas d'ulcère duodénal, guérit en général l'ulcère gastrique, de même que ce dernier peut guérir par gastroentéroanastomose qui supprime la stase gastrique.

Une déduction thérapeutique s'impose: la vagotomie peut guérir l'ulcère duodénal mais non l'ulcère gastrique.

.../...

Notre étude a fourni les résultats suivants:

AUTEURS	Lésion initiale	
	Gastrique	Duodénale
WYCHULIS	5,3 %	94,7 %
DELANNOY	31,3 %	68,7 %
DE VERNEJOUL	29,8 %	70,2 %
MAISEL	2 %	92 %
C. C. A.	2 (5,4 %)	29 (94,6 %)

Donc, en moyenne si l'on considère les différentes statistiques, l'ulcère duodénal est à l'origine de la récurrence ulcéreuse dans 85 % des cas.

II / - Evolutivité de l'ulcère

Plus l'ulcère se présente sous des aspects évolutifs graves, plus les risques de récurrences sont grands.

Il faut donc se garder d'intervenir sur des ulcères en poussée évolutive ou compliqués (hémorragie, perforation) si l'on veut se mettre à l'abri de la récurrence.

La plupart des auteurs sont d'accord sur le fait qu'en cas d'hémorragie et sauf urgence, mieux vaut attendre, instituer un traitement médical avec repos au lit pour permettre la régression de la flambée ulcéreuse ce qui est un gage contre les défauts de technique et un facteur de sécurité dans les suites immédiates et éloignées.

.../...

Cette règle est absolue en cas d'ulcère duodénal car il faut le laisser épuiser son potentiel évolutif avant d'opérer.

En cas de perforation, par contre, les avis sont partagés, certains, tels que FLEROTIN - HOLLANDEE rejettent la gastrectomie d'emblée pour les mêmes raisons que précédemment alors que d'autres parmi lesquels DE VERNEJOUL estiment que les ulcères perforés traités par simple suture suivie ultérieurement de gastrectomie sont plus exposés à la récurrence que lorsque la perforation est traitée par gastrectomie systématique.

Nous n'avons pas d'exemple dans notre série, tous nos malades ont été préparés médicalement avant l'intervention.

III/ - Interventions itératives

CHARRIER disait: "il ne faut pas manquer le premier temps, les échecs sont souvent la conséquence d'un mauvais départ. La gastrectomie faite d'emblée et bien faite, donne peu d'ulcères peptiques".

Il vaut mieux donc ne pas manquer le premier temps opératoire.

Dans notre série, 5 malades ont plus d'une récurrence, 3 ont subi 2 réinterventions, 1 une réintervention, 1 trois réinterventions qui se sont ainsi succédées pour ce dernier:

GRE... Mohamed, 29 ans, observ. N° 31

-Oct 1967 = Ulcère duodénal

= G.E.A. .

.../...

- Mars 1969 = Ulcère récidivant
= gastrectomie + Rétablissement gastro
jéjunal.
- Oct. 1971 = Ulcère récidivant
= recoupes gastro jéjunales + rétablis-
sement Finsterer.
- Juin 1973 = Ulcère peptique opéré par le Pr LOYGUE:
Dégastro-gastrectomie + Vagotomie.

IV /- Le syndrome de Zollinger - Ellison.

Décrit pour la première fois en 1955 par les auteurs dont il porte le nom, nous en parlons dans le cadre des étiologies mais sa place y est tout à fait à part.

Nous savons que l'une de ses caractéristiques en est la tendance à la récurrence, souvent précoce, malgré un traitement chirurgical correct, qu'il s'agisse de résection gastrique ou de vagotomie. Il s'agit de malades dont on découpe l'estomac en tranches successives sans parvenir à maîtriser ni l'acidité ni les ulcérations peptiques.

Le syndrome typique réunit:

- une douleur de type ulcéreux très intense, non calmée par la prise alimentaire ou médicamenteuse.
- des vomissements dus à l'hypersécrétion gastrique.
- à la radio, l'ulcère siège, dans la quasitotalité des cas, en aval du pylore- Son siège est volontiers atypique (jéjunum) - Il est souvent multiple.
- sur le plan biologique, il existe une augmentation considérable de la sécrétion chloro-peptique de l'estomac, qui est spontanée et non modifiée par les tests à l'histamine et à l'insuline.

.../...

- l'histologie révèle qu'il s'agit d'une tumeur endocrine langerhansienne gastrosecrétante, non insulino-gène . De taille variable, volumineuse ou microscopique, ces tumeurs sont souvent malignes.

- L'évolution est en général grave, mortelle, émaillée d'hémorragies, de perforations et de récidives.

- le traitement est encore mal codifié, il comprend:

. En cas de tumeur palpable, l'ablation de la tumeur et une gastrectomie 3/4.

. En cas de tumeur microscopique, une gastrectomie totale.

Aussi paraît-il vraisemblable qu'un certain nombre d'ulcères récidivants ayant conduits à des recoups successives, et en désespoir de cause à la gastrectomie totale n'étaient peut être pas autre chose que des syndromes de Zollinger - Ellison méconnus.

Pour notre part, nous n'avons jamais pu mettre en évidence de Zollinger-Elison malgré une exploration systématique du pancréas lors de nos réinterventions.

V /- Intervention première injustifiée

Beaucoup pensent que la gastrectomie injustifiée est génératrice d'ulcères récidivants, mais ce fait n'a rien de certain . Il vaut mieux bien sûr, ne pratiquer l'intervention que lorsque l'ulcère est vu, sinon l'opération ne doit se limiter qu'à une laparotomie exploratrice.

VI /- Facteurs endocriniens

WYCHULIS (50) (Mayo - Clinic) a rapporté des cas d'adénomes parathyroïdiens, surrénaliens et hypophysaires.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE
=====

Tout d'abord, il conviendrait de définir ce que nous entendons par récidive :

- La persistance post opératoire sans intervalle libre de l'ulcère initial (lorsqu'il n'a pas été enlevé).
- Sa réviviscence après un intervalle libre.
- L'apparition d'une nouvelle localisation: duodénale, jéjunale, gastrique ou anastomotique.

Dans la très grande majorité des cas l'ulcère est unique lorsqu'il récidive. Dans notre série nous ne relevons qu'un cas d'ulcère double, gastrique et duodénal.

La situation de l'ulcère est variable, il est le plus souvent sur le versant jéjunal débordant parfois sur le versant gastrique de l'anastomose. Rarement sur le versant gastrique seulement: 1 cas dans nos observations et un autre cas où la localisation était double.

En ce qui concerne la localisation jéjunale, elle siège soit sur la bouche d'anastomose elle même, soit a proximité de cette dernière, le plus souvent en aval (sur l'anse efférente) parfois en amont (sur l'anse afférente) cette dernière est rare : 3 fois parmi nos opérés.

La taille de l'ulcère est variable allant du diamètre d'une lentille à celui d'un cratère géant, le plus souvent cette taille est moyenne.

Une importante réaction inflammatoire des tissus environnants est fréquente.

.../...

Ce qui caractérise toutes ces ulcérations, quel que soit leur siège, c'est leur pouvoir térébrant: toute la paroi digestive est intéressée. L'évolution de ces lésions se fait donc habituellement vers la perforation.

Dans notre série, aucun ulcère n'était perforé en péritcine libre, cette éventualité quoique possible, est considérée comme rare par la plupart des auteurs. Ceci s'explique par les adhérences qui se constituent rapidement autour de l'ulcère.

Par contre les perforations bouchées sont relativement fréquentes:

- Par le mésocolon transverse: 3 cas, avec méésentérite de voisinage, concernant des ulcères jéjunaux.

- 4 fois la perforation était bouchée par le pancréas dont une fois associée à l'accolement d'une autre anse jéjunale incarcerated.

- 2 cas de perforations bouchées par le colon et qui constituèrent le lit de nos 2 fistules gastro-jéjuno-coliques décédées toutes deux mois après l'intervention.

- 1 cas de perforation duodénobiliaire qui devait décéder aussi 2 mois après l'intervention.

Accompagnant l'ulcère, il existe toujours et a des degrés divers, gastrite, duodénite, jéjunite, stomite, toutes marquées par une réaction oedémateuse souvent intense.

D I A G N O S T I C =====

La preuve forrelle de la récédive ulcéreuse n'est pas toujours facile à apporter. Le diagnostic repose en premier lieu sur les données cliniques, la radiologie s'avère hélas souvent muette et inefficace; sur l'endoscopie et les tests biologiques; mais la plupart du temps ce diagnostic n'est établi avec certitude que lors de la laparotomie.

A / - SIGNES CLINIQUES

L'opéré rentre parfois dans sa nouvelle maladie ulcéreuse de manière aigue, par une complication (perforation, hémorragie, fistule).

Mais le plus souvent les manifestations fonctionnelles s'installent progressivement pour devenir très vite insupportables.

La clinique est dominée par deux symptômes: la douleur, les hémorragies, et l'altération de l'état général.

I - La douleur

Elle n'est que rarement absente, c'est le signe le plus constant. Elle est d'autant plus remarquée par le malade qu'il y aura eu un intervalle libre depuis l'intervention précédente.

Le plus souvent elle amène le malade à dire qu'il souffre plus qu'avant l'opération, cette douleur perdant sa périodicité, variant dans la journée sans rapport net avec les repas qui ne la calment plus, voire l'exacerbent, et se poursuit peu modifiée au fil des semaines.

.../...

Cette douleur peut être de siège épigastrique, mais elle est le plus souvent para-ombilicale droite, caractérisée par ses irradiations dans le dos et lombaires.

Notre étude a donné les résultats suivants:

(AUTEURS	DOULEUR		
	comme ulc. anter.	plus intense	non précisé
(SMADJA	13	15	2
(MAISEL	29	15	6
(C.C.A.	8	22	0

Nous voyons donc bien que la douleur revient toujours lorsqu'il y a récédive, et plus intense que pour l'ulcère initial.

Dans notre série, la douleur est présentée trente fois, et une fois seulement le signe révélateur fut l'hémorragie.

AUTEURS	DOULEURS	ABSENCE DE DOULEURS
PERROTIN- HOLLANDER	319	41
WYCHULIS	126	194
SMADJA	33	1
C.C.A.	30	1

Ces données prouvent bien que la douleur est un signe quasi constant, le plus souvent d'intensité supérieure à celle de l'ulcère initial.

.../...

II/ - H E M O R R A G I E S

Ce sont les "hémorragies symptômes" qui constituent par ordre de fréquence, le signe fonctionnel le plus rencontré après la douleur.

Elles ne sont pas importantes en général et peuvent s'extérioriser soit sous forme d'hématémèse soit de moeléna, cette dernière éventualité étant classiquement plus fréquente.

Parmi nos cas, les hémorragies ont été rencontrées 18 fois :

(AUTEURS	!	HEMORRAGIES	)
(	!		)
(SMADJA	!!	16 %	)
(-----	!		)
(NUSSBAUMER	!	40 %	)
(-----	!		)
(WYCHULIS	!	57,8 %	)
(-----	!		)
(C. C. A.	!	18 (59 %)	)
(	!		)

L'extériorisation des hémorragies que nous avons rencontré se répartit de la façon suivante:

- Hématémèses = 7 fois
- Moeléna = 5 fois
- Les 2 associées = 5 fois
- non précisé = 1 fois

Ces hémorragies n'ont jamais nécessité une intervention urgente et dans tous les cas, un traitement médical anticoagulant en même temps qu'anti-ulcéreux a été institué en préopératoire.

.../...

Malgré leur abondance rodérée, en général, ces hémorragies digestives ont quand même entraîné une anémie chez 9 de nos malades. Cette anémie avait beaucoup plus pour cause la répétition des pertes sanguines que leur abondance.

III / - L'ETAT GENERAL

Il est altéré dans la majorité des cas, car il n'existe pas d'ulcère peptique floride.

Cette altération de l'état général est la conséquence des hémorragies, des vomissements, des restrictions alimentaires volontaires car comme nous l'avons vu, le repas ne calme pas la douleur peptique mais semble au contraire l'exacerber.

Le malade maigrit, est asthénisé, réduit son activité, on note quelques fois une hypoprotidémie.

Dans notre série, 21 malades présentaient un amaigrissement dont 2 étaient importants : 10 et 14 Kgs.

L'asthénie est toujours présente a des degrés variables, elle a obligé 4 de nos malades à cesser toute activité.

L'hypoprotidémie a été le signe le moins constant dans nos observations, elle a été recherchée 19 fois et s'est révélée presque toujours normale (70 - 75 g/l) sauf chez 1 de nos malades ou elle était de 52 g/l.

SMADJA (54) retrouve 9 fois une altération de l'état général.

PERROTIN - HOLLANDER (45): 12 % d'amaigrissements notables.

.../...

Notre taux élevé d'altérations de l'état général semble lié d'une part à la maladie ulcéreuse, mais d'autre part aux conditions sociales et alimentaires précaires de nos malades.

IV / - LES VOMISSEMENTS

Ils sont moins fréquents que les signes précédents. Leur mécanisme est fonction à la fois du type d'intervention et de l'état dynamique de l'anastomose.

Leur importance est variable, quelques fois réduits à de simples régurgitations, ou nausées, il ne s'agit jamais de vomissements fécaloïdes qui sont l'apanage des fistules gastro-jéjuno-coliques.

Dans notre série, les vomissements sont retrouvés 12 fois dont 2 n'étaient que des régurgitations et 6 vomissements qui calmaient la douleur ulcéreuse:

(AUTEURS	!	VOMISSEMENTS	)
(NUSSEAUME	!	26 %	)
(-----	!		)
(PERROTIN - HOLLANDER	!	13 %	)
(-----	!		)
(SMADJA	!	19 %	)
(-----	!		)
(C.C.A.	!	37 %	)

.../...

V / - LES TROUBLES DU TRANSIT

Ils sont peu fréquents, se manifestant le plus souvent par de la constipation. La diarrhée est très rare, elle est plutôt l'apanage des fistules gastro-jéjuno-coliques et du syndrome de ZOLLINGER - ELLISON.

Nous retrouvons les troubles du transit 13 fois parmi nos observations, dont 9 fois une constipation et 4 fois une diarrhée.

VI / - TUMEFACTION PALPABLE EPIGASTRIQUE

Il est classique de parler de cette éventualité, en effet, et surtout a posteriori, il est logique de penser devant certains ulcères volumineux, véritables blocs inflammatoires découverts à l'intervention, que la clinique pourrait découvrir une masse épigastrique à la palpation de l'abdomen.

- Or nous ne l'avons jamais retrouvée dans nos observations.

- MYCULIS (50) rapporte 14 masses palpables sur 360 observations.

B / - EXAMENS COMPLEMENTAIRES

I/ - Tubage gastrique

Son intérêt est très discutable dans le diagnostic d'ulcère récidivant car, autant l'étude du chimisme préopératoire peut être conduite de façon rigoureuse, autant à titre post opératoire elle est pleine d'aléas.

Deux éléments sont en effet susceptibles de fausser les résultats: l'évacuation gastrique accélérée ne permet plus d'apprécier correctement le débit acide et donc l'hypersécrétion ceci d'une part, et d'autre part le reflux bilio pancréatique dans le roignon gastrique qui peut donner l'illusion d'une anachlorhydrie.

Enfin les résultats se modifient avec la date à laquelle est réalisé le tubage.

LEWINSTON ET KLEIN ont montré qu'après une hypersécrétion post-opératoire immédiate, l'anachlorhydrie pouvait apparaître six mois après gastrectomie.

GUEULETTE pense qu'un roignon anacide après l'intervention peut sécréter de l'acide après quelques années.

Ces constatations prouvent bien qu'il est inutile de s'appuyer sur le tubage gastrique pour diagnostiquer avec certitude un Ulcère récidivant post-opératoire.

Pour notre part, nous n'avons pratiqué aucun tubage gastrique.

.../...

II / - LA GASTROSCOPIE

Lorsqu'elle permet de voir l'ulcère, cette technique donne évidemment un diagnostic de certitude, malheureusement, ce n'est pas toujours le cas, car souvent l'ulcère est post anastomotique et une sténose ne permet pas de voir plus loin que la bouche d'anastomose.

En ce qui nous concerne, cet examen n'a pas été pratiqué couramment puisqu'il n'a été réalisé que 7 fois et n'a diagnostiqué l'ulcère que 3 fois.

Actuellement, la fibroscopie est d'un intérêt certain car grâce à la souplesse du fibroscope la pénétration dans l'anse anastomotique ne présente pas de difficultés. Elle permet en particulier de différencier la récurrence vraie caractérisée par son ulcération à fond cruanté plus ou moins profond, son bourrelet périphérique oedémateux; des ulcérations de gastro-jéjunite qui sont le plus souvent multiples.

III/- LA RADICLOGIE -

Le transit gastroduodénal est un examen complémentaire fondamental car c'est avant tout de lui que l'on attend confirmation d'une récurrence ulcéreuse.

Son interprétation est cependant difficile sur l'estomac opéré et ne permet le plus souvent qu'une suspicion.

.../...

Son efficacité est très controversée selon les auteurs:

- GUTTMANN trouve 98 % de radiographies parlantes et estime que " le diagnostic de l'ulcère récidivant est plus facile que celui d'ulcère gastroduodénal", mais la plupart des auteurs sont moins affirmatifs et notre étude rapporte les résultats suivants :

AUTEURS	Résultats +	Résultats +	Résultats -
SMADJA	74 %	3,7 %	22,2 %
PERROTIN-HOLLANDER	60 %	26 %	14 %
KOURIAS	80 %	10 %	10 %
POILLEUX	40 %	40 %	20 %
DESLOYERS	75 %	25 %	0 %
C.C.A.	5 (16 %)	8 (26%)	18 (58%)

Ces difficultés de diagnostic radiologique obligent donc à employer une technique parfaite sous un très grand nombre d'incidences pour ne pas passer à côté de la lésion recherchée. Pour notre part, la qualité des clichés a été souvent mauvaise, ce qui a été décevant pour appuyer notre diagnostic.

a) - Technique:

L'examen radiologique commencera toujours par un temps scopique de préférence et se poursuivra par la prise de plusieurs séries de clichés.

.../...

Le malade sera successivement examiné debout, puis couché; en décubitus dorsal et en procubitus.

L'usage des tables modernes télécommandées a grandement facilité cette étude proportionnelle.

Un index baryté de faible volume renseignera d'abord sur la dynamique gastrique (stase ou évacuation en trombe) et permettra d'étudier le type d'intervention, l'état de l'anastomose, de l'anse jéjunale.

Puis des clichés seront pris en couche mince, en position debout, avec et sans compression, en réplétion, en procubitus, en demiévacuation, parfois même en décubitus dorsal.

Récemment la radiocinématographie devient de plus en plus en vogue, beaucoup plus que l'examen scopique et les clichés en série. La dynamique de l'estomac opéré étant extrêmement importante à étudier; existe-t-il de la stase ? A quel niveau se fait-elle, y a-t-il un reflux dans l'anse afférente, quelle est la vitesse d'évacuation ? Autant de questions qui devraient trouver leur réponse dans le compte rendu du radiologiste.

Dans notre étude, l'emploi de cette technique n'a pas été retrouvé. Pourtant, plus encore que la radiocinématographie, l'usage de l'enregistrement télévisé sur magnétoscope, est infiniment plus corrélate et appelé à un plus grand avenir puisqu'il permet la restitution immédiate des images, soit en mouvement normal, soit en ralenti, soit à l'arrêt.

.../...

1) - Résultats:

- Signe direct:

Comme pour tout ulcère, la preuve radiologique directe est la niche: image d'addition, ronde ou ovalaire de face; spiculée, triangulaire ou en ergot de profil.

Il est indispensable, pour visualiser la niche, de lui tourner autour et ceci pour avoir ses 2 aspects de face et de profil.

PORCHER (32) affirme que souvent la niche est "trop évidente pour être vue", c'est en effet le cas où lorsqu'elle est volumineuse et située sur l'anse afférente, elle donne l'impression d'une dilatation de cette anse et se confond avec elle.

Sa localisation est variable, il est classique que la niche se situe sur l'anse efférente dans les gastrectomies Polya-Finsterer de même que dans les gastroentérostomies. Dans notre série, nous retrouvons un cas de niche située sur la grande courbure gastrique dans une observation d'ulcère récidivant post gastroentérostomie.

Dans les gastrectomies Péan la niche est volontiers sur la bouche d'anastomose ou sur le versant duodénal de l'anastomose ceci est retrouvé une fois sur les trois péans répertoriés parmi nos observations, la niche a pu être mise en évidence une fois sur le premier duodénum et dans les deux autres cas l'ulcère n'a pu être affirmé radiologiquement.

.../...

- Signes indirects:

Ce sont des signes de présomption qui traduisent l'inflammation peri-ulcéreuse:

- . la stomite est un signe pathognomonique au niveau de laquelle peut se voir parfois l'image de niche
- . la jéjunite ou la duodénite selon le type d'intervention pratiquée sont quasi constants et GUTTMANN remarquait que "là où il n'y a pas de jéjunite, il n'y a pas d'ulcère peptique". Elle se traduit par un épaississement des plis qui convergent en direction de la niche.
- . retrécissement de l'anse ulcérée qui s'accompagne d'une rétraction de son bord libre et d'une dilatation bursiforme aboutissant à une image pseudodiverticulaire.
- . C'est d'ailleurs sur ces signes radiologiques de présomption que l'on opère souvent pour découvrir l'ulcère en peropératoire.

C / - E V O L U T I O N S P O N T A N E E -

L'ulcère récidivant n'a aucune tendance spontanée à la regression. C'est dire que les crises douloureuses vont persister ce qui conduira à une dénutrition progressive par restriction alimentaire, et que cette évolution défavorable va être précipitée par un certain nombre de complications liées au caractère térébrant de l'ulcère.

1) - Les hémorragies :

Nous avons vu la fréquence des hémorragies au cours des récidives ulcéreuses. Le caractère térébrant des lésions peut faire que du stade d'hémorragie symptôme, elle peut passer à celui de complication qui peut être catastrophique et ceci même avec un recours chirurgical rapide.

Dans notre statistique, nous possédons un exemple d'hémorragie ayant entraîné le décès du malade:

G.... Aicène; 26 ans, observ. n° 14

- Oct. 1963: ulcère duodénal
vagotomie + pyloroplastie.

- Mars 1964: ulcère peptique
gastrectomie Finsterer
48 h après l'intervention perforation-
hémorragie intarissable ayant entraîné un hémopéritoine et le
décès du malade malgré une intervention en urgence.

Dans tous les autres cas l'intervention a été différée et préparée par un traitement médical adéquat.

.../...

2°/ - Les perforations:

a)- En p ritoire libre:

Elle est exceptionnelle du fait des processus adh rentiels post opératoires dans l'évolution normale.

Certains auteurs retrouvent néanmoins sur des séries importantes de cas, un pourcentage non négligeable de perforations en péritoine libre, ainsi:

- FERROTIN - HOLLANDER : 7 %
- SANTY.....: 1,6 %
- SMADJA: aucun cas.

Pour notre part, nous avons relevé un cas de perforation aiguë, et deux malades qui avaient présenté cette complication dans leurs antécédents.

Les signes cliniques et radiologiques sont identiques à ceux de la perforation d'organe creux et consistent en:

- vomissements,
- contracture abdominale,
- disparition de la matité pr h patique,
- A la radio: le croissant gazeux sous diaphragmatique.

Par ailleurs, l'association perforation - hémorragie est fréquente dans les ulcères peptiques, c'est précisément le cas que nous avons exposé dans le chapitre des "hémorragies complications" et qui s'est soldé par le décès du malade par hémopéritoine.

b)- Les perforations bouchées

Elles sont les plus fréquentes, elles peuvent se faire en péritoine cloisonné, ceci est logique du fait même des adhérences.

.../...

Dans notre série nous avons 9 perforations de ce type:

- 3 perforations cloisonnées dans le résocolon,
- 3 perforations bouchées dans le pancréas,
- 1 perforation bouchée par le pancréas et par une anse intestinale incarcerated,
- 2 perforations bouchées dans le colon.

Ce mécanisme perforatif lorsqu'il se fait lentement, à bas bruit, est à l'origine de fistulisations, fistule cholédocienne après Péan ou pyloroplasties; et surtout la fistule gastro-jéjuno-colique, apanage des gastroentéro-anastomoses et des gastrectomies Finsterer.

c/- Les fistules gastro-jéjuno-coliques

La fistule gastrojéjunocolique (FGJC) étant sans doute la complication la plus grave de l'ulcère récidivant, on ne saurait s'étonner de l'attention que lui prêtent depuis longtemps non seulement les chirurgiens, mais aussi, jusqu'à un certain degré, les médecins, entre autres, en raison des problèmes aussi difficiles que très intéressants qu'elle soulève dans le traitement chirurgical, des carences constitutionnelles, endocrinologiques, des troubles électrolytiques, ainsi que pour les altérations très graves de tous les organes internes.

La FGJC est considérée comme beaucoup moins fréquente après gastrectomie qu'après gastroentérostomie.

PERROTIN - HOLLANDER (50) expliquent ce fait par les rapports anatomiques plus intimes de la bouche anastomotique avec le colon transverse dans les gastro-entéro-anastomoses. Mais nous pouvons ajouter que ceci n'est vrai que dans les cas d'anastomoses rétrocoliques et KOURIAS (27) sur ses 34 FGJC retrouve ce fait 26 fois alors que dans les anastomoses antécoliques, la fistule n'est retrouvée que deux fois, ceci est aussi

vrai pour la gastrectomie où il note 4 IGJC après anastomose rétrocolique et un cas pour l'antécolique.

Dans notre série nous notons 3 fistules qui se sont terminées par le décès des malades dans un tableau de cachexie intense accompagné une fois d'un coma urémique:

- EL-G... Mohammed, 45 ans, observ. n° 9

- . Août 1965: ulcère duodénal perforé bouché dans le
pancréas, gastroentérostomie retrocolique,
- . Août 1968: ulcère peptique,
gastrectomie Finsterer
- . Oct. 1968: fistule gastro-jéjuno-colique ayant
entraîné rapidement cachexie, coma
urémique puis décès du malade.

- G... Ahmed, observ. n° 7

- . 1941 : ulcère duodénal,
: gastroentérostomie
- . 1947 : ulcère peptique
: gastrectomie pour exclusion avec réta-
blissement Finsterer
- . Mai 1969: ulcère peptique
: gastrectomie et rétablissement Péan.
- . 26 Juin 1969: fistule duodéno-biliaire traitée sans
succès par méthode Trémollières puis-
que le malade devait décéder le 30
juin dans un tableau de cachexie.

La fistule duodéno-biliaire après Péan que nous avons noté ici confirme bien les données de la littérature stipulant la rareté des fistules avec le colon au profit des voies biliaires.

.../...

- R... Delkacer, 39 ans, observ. n° 11

- . Avril 1968: ulcère duodénal perforé bouché dans le pancréas et une anse intestinale incarcerated,
: gastrectomie pour exclusion avec rétablissement à la Finsterer,
- . Juin 1969 : ulcère peptique,
: gastrectomie avec recoupe gastrique, jéjunale et duodéno-pylorique.
: rétablissement Finsterer.
- . Août 1969 : fistule gastro-jénuno-colique et décès rapidement survenu du malade.

C'est ici que sont retrouvés la plupart de nos décès puisqu'ils sont de 3 après cette complication et le 4ème dû à une hémorragie - perforation. D'où l'intérêt scientifique présenté par cette complication très souvent fatale.

Quant à la fréquence de la complication, nos recherches dans les différentes publications aboutissent aux résultats suivants:

AUTEURS	Nbre de cas	F.G.J.C. et duod.-kil.
C. C. A.	31	3 (10 %)
PONTAINE (39)	64	7 (9,2 %)
NUSSBAUMER (50)	31	5 (16 %)
KOURIAS (27)	338	34 (10 %)
SMADJA (54)	36	7 (18 %)
MAISEL (34)	50	1 (2 %)

Le taux moyen de ces fistules GJC est donc de 10% ce qui n'est pas négligeable surtout lorsqu'on sait que l'évolution vers la mort est presque systématique.

C'est pour cela qu'il conviendrait d'insister sur les éléments de diagnostic de cette complication:

- La douleur d'intensité variable, elle existe après l'intervention avec ou sans intervalle libre, mais diminue lorsque s'installe la fistule. KOURIAS ne la retrouve que dans 56 % des cas.

- Les vomissements fécaloïdes et les éructations fétides sont de fréquence variable: 30 % des cas pour KOURIAS, 60 % pour SMADJA.

HEPP (24) et HILLEMAND ont signalé un phénomène curieux: les gaz d'éructation s'enflammant au contact d'une cigarette.

- La diarrhée est le signe le plus constant. SMADJA la retrouve dans 40 % des cas, KOURIAS dans 86 %.

Dans notre série elle est notée deux fois sur trois. Elle est due à un reflux colojénunal avec jéjunite plutôt qu'à un passage direct gastrocolique.

- Les hémorragies sont peu fréquentes,
SMADJA : 40 %
KOURIAS: 38 %.

- L'altération de l'état général est encore plus importante ici que dans l'ulcère récidivant, l'amaigrissement est considérable accompagné d'une anémie sévère et de troubles hydroélectrolytiques importants avec état de dénutrition, oedèmes de carence et troubles d'insuffisance gonadique.

.../...

Nous avons pu constater ces faits dans nos 3 cas puisque tous sont décédés dans un tableau de cachexie intense.

- La gastroscopie: elle pourrait montrer dans de rares cas, un écoulement du contenu colique dans l'estomac.

Nous ne l'avons jamais pratiqué chez nos malades.

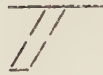
- La radiologie: c'est le lavement baryté beaucoup plus que le transit gastroduodénal qui permet le diagnostic et qui montre le sens habituel de la fistule.

KOURIAS note que la gastroscopie n'est d'aucune utilité, par contre le lavement baryté lui a permis de faire le diagnostic de FGJC dans 70 % des cas alors que le transit gastroduodénal dans 30 %. Enfin, il est intervenu 5 fois sur 34 avec le diagnostic d'ulcère récidivant simple et n'a découvert la fistule qu'en cours d'intervention. C'est dire que le diagnostic de FGJC n'est pas toujours aisé.

d/- Sténose de l'anastomose

C'est une complication rare de l'ulcère peptique, conséquence d'un processus scléro-inflammatoire au niveau de la bouche anastomotique.

Nous n'avons pas relevé de cas parmi nos observations.



R A I T E N D N T



-○○○○○○○○○○○○○-

- T R A I T E M E N T -

I/ Traitement médical

Il est le plus souvent décevant dans le cas de l'ulcère récidivant et il est bien rare que le malade ne l'est pas essayé, de façon plus ou moins suivie avant de se résigner à une intervention.

Ce traitement fait appel aux médications anti-ulcéreuses habituelles et surtout à une diététique rigoureuse.

Il peut être exceptionnellement suffisant et c'est le cas lorsque la récurrence apparaît comme occasionnelle secondaire à la prise de drogues ulcérogènes par exemple:

Dans notre série ce traitement a pu éteindre la flambée de 3 récidives ulcéreuses duodénales: 1 après opération de Drainage vagotonie-pyloroplastie et 2 après gastrectomie pour exclusion. Mais la plupart du temps il est incapable d'enrayer l'évolution de la lésion et n'est intéressant à insister qu'à titre préventif chez un malade opéré, porteur d'une acidité importante.

Tout ulcère récidivant doit d'abord être traité médicalement permettant ainsi avant d'intervenir d'améliorer l'état général, de stopper une éventuelle hémorragie digestive, ou de diminuer les processus inflammatoires d'accompagnement: jéjunite, gastrite, stomites.

.../...

Certains auteurs estiment avoir guéri un certain nombre d'ulcères peptiques médicalement, pour notre part tous les ulcères anastomotiques ont été opérés après traitement préopératoire et seules 3 réviviscences ulcéreuses ont été traitées médicalement.

RESULTATS

AUTEURS	Nbre de cas	Trt.Médical
SOULARY	39	1
DUBARRY	29	1
SINIGAGLIA	17	11
SMADJA	36	0
C.C.A.	31	3

Parfois, le traitement médical ne sera qu'un pis-aller chez un malade trop fatigué, après échec de la vagotomie double, et où la seule ressource serait la gastrectomie totale.

II - Traitement chirurgical:

A/- Méthodes:

Elles visent à guérir l'ulcère peptique; leur choix est fonction de la première intervention et, de l'étiologie de cet ulcère peptique; à s'attaquer à ses causes de façon à éviter une nouvelle récurrence.

.../...

1)- La dégastrogastrectomie:

Elle consiste à réaliser des recoupes gastriques et jéjunales de manière à refaire ce qui a été mal fait.

2)- La recoupe duodénale:

Le plus souvent elle est associée aux recoupes gastrojéjunales lorsque le moignon duodénal paraît trop long, car comme nous l'avons vu la recoupe doit être gastroduodénopylorique.

Certains auteurs la pratiquent isolément dans le traitement de l'ulcère récidivant lorsque seul le moignon duodénal leur paraît long, alors que la gastrectomie est correcte.

3)- La vagotomie:

. par voie thoracique lorsque la gastrectomie initiale est correcte et qu'il n'existe aucune faute technique apparente.

. par voie abdominale: elle est préférable car permet de reviser le montage antérieur. Son seul inconvénient est qu'elle peut être incomplète par cette voie étant donné le nombre de variétés anatomiques qui existent dans la division des nerfs pneumogastriques en sous diaphragmatique. Cette vagotomie peut être soit isolée, soit associée à un autre geste correcteur.

4)- La gastrectomie totale:

Des cas de gastrectomie totale pour ulcères multirécidivants ont été décrits.

.../...

Il est possible que ces cas correspondent à des syndromes de Zollinger Ellison méconnus pour lesquels la gastrectomie totale est admise actuellement comme seule thérapeutique efficace.

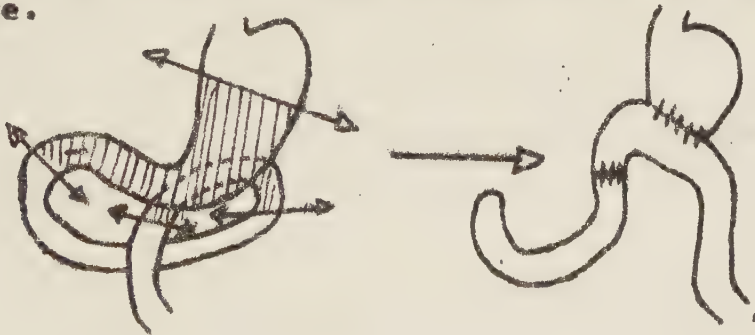
B/ - INDICATIONS:

I - Pour ulcère récidivant non compliqué:

Elles sont à considérer en fonction de la première intervention.

1°)- Après gastroentérostomie:

La dégastro-gastrectomie semble l'indication de choix supprimant l'ulcère peptique et traitant en même temps sa cause, c'est-à-dire l'hypersécrétion gastrique la gastrectomie devra être large.



a/ - Technique opératoire:

- . La parotomie médiane sus-ombilicale
- . Exploration et libération des adhérences, souvent nombreuses découverte de l'ulcère peptique et de l'anastomose.

.../...

. Libération de la bouche, en abordant le mésocolon par le haut après décollement colo épiploïque et par le bas , en prenant bien garde de ne pas léser l'arcade de Riolan. C'est le temps le plus délicat.

. Examen et résection du grêle à distance de la zone inflammatoire. Le rétablissement de la continuité se fait par anastomose termino-terminale.

. Résection gastrique: c'est une gastrectomie large classique, emportant avec le segment gastrique, l'anse jéjunale réséquée. La section dépassera à droite la cicatrice de l'ulcère duodénal.

. Rétablissement de la continuité par gastro-jéjunostomie termino-latérale à la Finsterer, à points séparés extramucueux de fil non résorbable. L'anse afférente doit être courte et il y a intérêt à la fixer sur la petite courbure par plusieurs points. Les bords de la brèche mésocolique sont fixés à l'extomac.

. Fermeture de la paroi.

b/ Place de la vagotomie

Une vagotomie double sous diaphragmatique peut être employée à titre complémentaire dans le cas où la gastroentéro-anastomose était isolée initialement, ou vagotomie uniquement si la dégastrogastrectomie est contre indiquée.

.../...

c/ Résultats

AUTEURS	Nbre de cas	dégast.gastrect isolée	associée à 1 vagotor.	vagotomie isolée
WYCHULIS (50)	204	180	13	6
FONTAINE (45)	45	44	1	0
MARCHAL (35)	10	5	3	2
SMADJA (54)	11	10	1	0
C.C.A.	9	9	0	0

Notons que dans 4 de nos cas la vagotomie avait déjà été pratiquée en même temps que la gastroentérostomie.

Et dans l'ensemble de nos 9 ulcères peptiques après G.E.A. nous avons pratiqué une dégastrogastrectomie avec rétablissement Finsterer 7 fois dont une fois associé à une vagotomie et 2 Péan dont une fois associé à une vagotomie.

2/ - Après vagotomie pyloroplastie

Il est licite de vérifier la région cardiale à la recherche d'un rameau nerveux oublié, pour parfaire la vagotomie, il faut par ailleurs pratiquer systématiquement une gastrectomie.

Nous avons 4 cas de vagotomies drainage, un malade a été traité médicalement, les trois autres ont subi une gastrectomie avec résection gastroduodénopylorique suivi deux fois d'un rétablissement Finsterer et deux fois Péan.

3/ En cas de gastrectomie

a) gastrectomie connue et incorrecte

1 - Technique opératoire

. L'opération classique est la dégastrogastrectomie. Elle permet de réséquer l'ulcère peptique et de refaire une gastrectomie correcte, c'est-à-dire plus large.



Cette dégastroentérogastrectomie est l'intervention de choix, lorsque la gastrectomie précédente a été trop économique, on termine par un montage inadéquat.

A la recoupe gastrojéjunale peut être associé un autre geste:

. La recoupe duodénale n'aggravant pas l'intervention, elle doit être faite à chaque fois que l'on trouve un moignon duodénal trop long, à fortiori, si le pylore est resté en place avec sa muqueuse, ou s'il existe encore trace de l'ulcère duodénal.

L'inventaire des lésions doit donc être soigneux avant de commencer l'intervention proprement dite.

.../...

2) Place de la vagotomie

Elle est le plus souvent pratiquée par voie abdominale puisque la région sous diaphragmatique est déjà exposée, mais il faut prendre garde de ne pas la faire de manière incomplète sachant que les deux nerfs pneumogastriques se divisent en plusieurs petits filets sous le diaphragme et surtout le gauche.

3) Résultats

AUTEUR	Nbre de cas opérés	Dégastro.gast. isolée	Recoupe duod. associée	Vagot. assoc.
PERROTIN - HOLLANDER	194	71	7	27
SMADJA	13	5	1	6
C. C. A.	12	7	5	2

Notons que parmi nos 12 cas, 4 avaient déjà subi une vagotomie lors de l'intervention initiale.

b) - Gastrectomie connue et correcte

L'indication est simple, il faut faire une vagotomie, seule la voie reste discutée: certains auteurs trouvent la voie thoracique meilleure et la pratique de façon isolée estimant la recoupe dangereuse et non dépourvue de récurrence (LUENGO).

D'autres et nous sommes de cet avis, préfèrent la voie abdominale leur permettant ainsi de vérifier le montage et de faire un bilan des lésions in vivo, les examens complémentaires étant insuffisants.

.../...

Résultats

AUTEURS	Nbre de cas	Vagotomie isolée
VYCHULIS	204	6
PERROTIN-HOLLANDER	194	81
C. C. A.	31	2

Nos deux cas de vagotomie isolée sont les suivants:

- G... Mechat, 27 ans, observ. n° 18
 - . 1968: ulcère duodénal évoluant depuis 1961,
gastrectomie Finsterer.
 - . 1973: récurrence peptique,
: vagotomie tronculaire abdominale
- B... Mohamed, 50 ans, observ. n° 17
 - . 1955 : ulcère duodénal
: gastrectomie Finsterer
 - . 1968 : ulcère récidivant
: vagotomie thoracique isolée.

Nous avons donc pratiqué de manière isolée une vagotomie thoracique et une abdominale, la première il y a 5 ans avec de bons résultats, la deuxième encore trop récente pour en tirer des conclusions.

4) Gastrectomie totale

Elle n'est à envisager qu'en toute dernière éventualité, dans le cas où l'on a eu ^à/faire plusieurs recoupes pour ulcère multirécidivant et l'on suspecte la plupart du temps un syndrome de Zollinger Ellison.

.../...

Nous n'avons pas eu à la pratiquer dans la série présentée.

Résultats du traitement:

Nous avons classé nos résultats en bons, moyens et échecs, nous entendons par ces termes:

. bons: le malade s'estime guéri, ne présente plus de troubles digestifs et a pris du poids, a repris son travail.

. moyens: il persiste quelques troubles digestifs: ballonnement abdominal, pesanteur, diarrhée ou constipation. Mais l'ulcère peptique est guéri.

. échecs: ce sont les récidi ves.

OPERATIONS	Nbre de cas opérés	Décès	non revus	valables	Bons	Moyens	Echecs
recoupe gastro-jéjunale isolée	19	3	4	12	8	3	1
recoupe duodénale associée	5	1	3	1	1	0	0
vagotomie associée	2	0	0	2	1	1	0
vagotomie isolée	2	0	0	2	0	2	0
T O T A L	28	4	7	17	10	6	1
%	88 %	13 %	23 %	55 %	33 %	20 %	3,3 %

Les 4 décès que nous déplorons sont intervenus 1'un après perforation-hémorragie le lendemain de l'intervention et les 3 autres après fistules dont nous avons déjà détaillé les observations.

Résultats comparés:

AUTEURS	BONS RESULTATS	ECHecs
PEFROTIN-HOLLANDER	67 %	33 %
SANTY	87 %	13 %
DE VESNEJOL	89 %	11 %
SNADJA	66 %	14 %
C. C. A.	87 %	13 %

Si nous introduisons les décès dans nos cas d'échecs le taux s'élève à 13 % .

II - Traiterent des ulcères récidivants compliqués:

1/- Ulcère récidivant hémorragique:

Il est rare que l'on soit en présence d'un ulcère peptique posant un problème urgent du fait de l'hémorragie.

MAZETIER en a fait l'étude dans sa thèse. En cas d'extrême urgence: un geste simple peut être réalisé: un point en X, hémostatique. Ailleurs, il peut être possible de procéder à une dégastrogastrectomie après hémostase préalable.

La vagotomie peut constituer un geste complémentaire d'appoint dans le traitement de l'ulcère hémorragique et ceci dans un 2ème temps qui succède à celui de la suture.

PARODI a publié le cas d'un ulcère peptique hémorragique avec 1.800.000 GR; après transfusion, il a été opéré et pratiqué une vagotomie. Les suites ont été spectaculaires, tant sur le plan des douleurs que celui de l'hémorragie et de l'état général.

Un de nos malades est décédé de cette complication, par hémorragie perforation avant qu'aucun geste chirurgical ne puisse être pratiqué.

2/- Ulcères perforés:

L'ulcère perforé en péritoine libre est exceptionnel.
PERROTIN - HOLLANDER : 5,7 %

La méthode de TAYLOR (aspiration surveillée) peut être suffisante pour passer le cap aigu et conduire à une intervention secondaire à froid.

On a alors le choix entre la suture simple, ou associée à un autre temps: vagotomie bilatérale, ou dégastrogastrectomie avec recoupe gastrique, jéjunale et duodénale si cela paraît nécessaire.

Pour EDELMANN, si on opère, il faut faire:

. soit le minimum, c'est-à-dire la suture et la compléter ultérieurement par une recoupe, car si les résultats immédiats de la suture sont bons, les résultats éloignés sont mauvais, et plus de la moitié des malades ont dû être réopérés.

. soit d'emblée une recoupe étendue.

Nous avons un cas, décédé avant que l'on puisse intervenir.

.../...

3/- Fistules gastrojéjunocoliques:

Nous avons parlé dans les chapitres précédents de cette complication et des 3 cas que nous avons rencontrés et qui ont décédé avant toute intervention.

Leur traitement pose de difficiles problèmes de technique et de tactique chirurgicales et entraîne un risque opératoire non négligeable.

C'est pourquoi COUINAUD (9) avait décrit des interventions en plusieurs temps:

- . colostomie droite à distance ou proche de la fistule.
- . exérèse de la fistule par section et fermeture du colon transversé de part et d'autre de la fistule.
- . fermeture de la colostomie dans un 2ème temps.

SMADJA propose une intervention en "2 temps inversés" pratiquant d'abord l'intervention radicale et réservant à plus tard la fermeture d'un anus en canon de fusil.

Ainsi, la suture colique, fragile par excellence, ne sera faite que sur le malade déjà amélioré.

En fait, actuellement l'intervention en un temps est possible et préférable, ceci après une préparation correcte visant à lutter contre:

- . la déshydratation provoquée par la diarrhée
- . l'amaigrissement par dénutrition (carences en fer, protides, vitamines).
- . l'anémie
- . l'infection .

.../...

Il est conseillé d'associer une vagotomie bilatérale par voie abdominale puisque la laparotomie est de toute façon nécessaire.

AUTEURS	Nbre de cas	Interv.en! 1 temps!	Interv.en! 2 temps!	Mortalités
PERROTIN- HOLLANDER	9 (4,6%)	8	0	1 avant interv.
SMADJA	7	4	3	4 de 6 mois à 5 ans
KOURIAS	34	28	6	23,5 %
C. C. A.	3	0	0	3 décès avant intervent.

ESSAIS DE SYNTHESE
=====

Avant de conclure, il serait bon de revoir d'une manière globale, l'ensemble de nos 31 cas qui se composent de 27 ulcères récidivants simples et de 4 compliqués: 1'un d'une hémorragie-perforation, les 3 autres de fistules.

Sur les 31 malades, 11 avaient subi leur intervention initiale dans le service.

Les interventions pratiquées antérieurement, sont les suivantes:

. G.E.A. simple	5
. G.E.A. + vagot.	4
. Vagot + Pyloropl.	4
. Gastrect.Finsterer	11
Polya	1
Péan	3
. Gastrect. pour exclusion	3

La plupart de ces opérés présentaient une faute technique constatée lors de leur réintervention dans le service et associée 2 fois à une vagotomie.

Trois de nos malades n'ont pas été réopérés, il leur a été prescrit un traitement médical.

Sur les 28 malades opérés, il a été pratiqué:

- . 24 dégastrogastrectomies avec recoupes (gastriques, jéjunales, duodénales)
- . 2 dégastrogastrectomies associées à une vagotomie
- . 2 vagotomies isolées: l'une abdominale et l'autre thoracique.

.../...

Les résultats se répartissent ainsi:

- . décès opératoires : 4
- . malades perdus de vue : 7

et sur les 17 observations utilisables, nous avons obtenu :

- . 10 bons résultats
- . 6 résultats moyens
- . 1 échec (récidive).

II C O N C L U S I O N S

=====

CONCLUSIONS

Nous venons de présenter une série de 31 observations d'ulcères récidivants post opératoires hospitalisés à la clinique chirurgicale "A" d'Alger entre 1966 et 1973.

Nous avons pu recueillir un certain nombre de déductions :

1)- la fréquence de l'ulcère récidivant, bien que difficile à évaluer exactement, est devenue très faible depuis l'abandon de la gastro-entéro-anastomose isolée (4,3%)

2)- on peut le rencontrer à tout âge de 23 à 67 ans avec une moyenne de 47 ans .

3)- il est exceptionnellement rencontré chez la femme (3 %), la prédominance masculine est nette.

4)- le délai d'apparition de l'ulcère est très variable de 3 mois à 22 ans. Mais, le plus souvent il survient dans les 5 premières années (70 %).

5)- dans la très grande majorité des cas, la faute technique est retrouvée soit en préopératoire lorsqu'il s'agissait d'une G.E.A isolée, par exemple, soit en per-opératoire, lorsque nous avons pratiqué presque dans tous les cas une dégastrogastrectomie.

Et de ce fait, la part importante faite jadis au "génie ulcéreux" devient extrêmement minime.

.../...

La gastrectomie bien faite, en période de quiescence et dont les qualités techniques sont irréprochables, ne donne qu'un pourcentage infime d'ulcères peptiques.

La gastrectomie du type Péan présente de nombreux avantages:

. sur le plan technique, elle n'est pas plus difficile à pratiquer qu'une anastomose du type Polya-Finsterer, et on peut presque toujours la réaliser. Il ne faut évidemment pas s'acharner à la réaliser coûte que coûte et reconnaître ses limites.

. sur le plan nutritionnel, il est incontestable que la mise en circuit du duodénum est particulièrement favorable.

L'étendue de la résection pouvant être aussi grande dans le Péan que dans le Polya-Finsterer et la récurrence n'est pas plus fréquente dans l'un que dans l'autre.

Dans l'anastomose, Péan la fistule lorsqu'elle revient est gastro-duodéno-biliaire que colique.

6)- la lésion initiale est duodénale dans la majorité des cas.

7)- le syndrome Zollinger - Ellison devra être évoqué à chaque fois que l'ulcère est multirécidivant est implique des résections répétées.

8)- sur le plan anatomo-pathologique, l'ulcère est souvent unique et térébrant au cours de son évolution.

.../...

9)- sur le plan clinique, la douleur est de loin le maître symptôme souvent plus intense que celle de l'ulcère initial.

10)- les examens complémentaires sont souvent sans secours pour le diagnostic, la radiologie est la plupart du temps décevante en raison de sa mauvaise réalisation technique, rendant souvent l'affirmation du diagnostic possible qu'en cours d'intervention.

B I B L I O G R A P H I E

=====

- B I B L I O G R A P H I E -

- 1 - AMGWERD R. et LESSELEP U.- Etude de l'évolution chez 100 sujets porteurs d'ulcères peptiques post opératoires , Schweiz. med. wscr., 7 Nov.1970, 100, n°45 , 1914-1917 (Bibliog.).
- 2 - ANDROS G., DONALDSON G.A., REDBERG S.E.et WELCH C.E. - Ulcères anastomotiques. - Ann. Surg., Juin 1967, 165, n°6, 955-966, 8 tabl. (Bibliog.).
- 3 - LAISTROCCHI J.D., PEREZ M.C.,et BAISTROCCHI J.A.- Ulcères peptiques post-opératoires - Pren. med Argent., 11Juill. 1969 , 56, n°19, 869-872.
- 4 - BARBER Jr-(K), VAUGH (J) et PRIESTLEY J.- operatoire in one stage for gastro- jejuno-colic fistula surg. clin- north amer. 1962, 42, PP 1443-1449.
- 5 - BEL-R, TETE R. LEVRAT R. et CIPARD.- Ulcèr jejunal cinquante ans après gastro-entéro-anastomose pour ingestion de caufique- Lyon méd., 21 Av. 1968, 99 n°16 , 1335-1349 (Bibliogr.).
- 6 - BOLES R.S.Jr., MARSHALL S.F. et BERSOUX R.V.- étude suivie de 127 malades présentant un ulcère de l'orifice après gastroentérostomie ou gastrectomie subtotale. Gastroentérolgy ; Mai 1960, 38, n°5, 763-768, 10 tabl.
- 7 -; BORIES-AZEAU A., DAYAN L. et FORGET D.- Etude de 15 ulcères peptiques post-opératoires - Montpellier chir., 1968, 14, n°2 , 235-238.

- 8 - CHATELIN C.L - Ulcère peptique ou diverticule de la petite courbure après gastrectomie.- Presse méd., 17 Déc. 1966, 74 , n°54, 86 .
- 9 - COUINAUD (C.) et DESCAMPS A.- La dérivation colique dans les fistules gastro-jejuno-coliques presse méd. 1958, 66 PP. 542-543.
- 10 - D'ALOTTO V. - Considérations sur l'ulcère peptique post-opératoire.- Pren. Méd. Argent, 6 Oct. 1967, 54, n° 32, 1781-1785, 13 fig.
- 11 - DETRIE P., GIRAULD A. et LASSER P.- Les ulcères peptiques après opération de Péan Arch. franç. Mal. App. Dig., Juin-Juill. 1971, 60 n° 6-7, 345-350 (Bibliog)
- 12 - DE VECCHI R. - les ulcères anastomotiques. Minerva med, 14 Nov. 1971, 62 n° 86, 4273-4274.
- 13 - DUBARRY J.J. et COLL.- A propos de 29 ulcères peptiques- J. Méd. Bordeaux, Août 1962, 139, n°8, 932-936.
- 14 - FARAH A. - Les ulcères peptiques.- entretiens Bichat (Chir. et Spéc.) 1972, 75-80.
- 15 - FRANCILLON J., PESCHAUD R. et de POISSARD J.-A propos d'une observation de fistule gastro-colique par ulcère peptique survenant 3 ans après gastrectomie pour ulcère.- Lyon Chir., Mars-Av. 1968, 64, n°2 284-285.
- 16 - GAUJOUX A. - Statistique d'ulcères peptiques après gastrectomie - Montpellier chir. 1968, 14, n°1, 95-100.

- 17 - GIRARD M. - L'ulcère récidivant post-opératoire ou ulcère peptique.- J. Méd. Lyon, 5 Nov. 1970, 51, n°1196, 1923-1928.
- 18 - GOLIGHER J.C., PULVERTAFT C.N., DE DOMBAL F.T.- et Coll. clinical comparaison of vagotomy and pyloroplasty with other forms of elective surgery for duodenal ulcer.- Brit. med. J. 1968,n°2 , 787-789.
- 19 - GOLIGHER J.C., PULVERTAFT C.N., DE DOMBAL F.T. et Coll.- The comparative résultats of different operations in the elective traitement of duodénal ulcer. - Brit. J. Surg. 1970, 57, 784-787.
- 20 - GRIMOUD M., LAPEYRERE J. et MALECAZE A.- Ulceres peptiques après gastrectomie et vagotomie thoracique. A propos de 5 observations. J. Méd. Bordeaux, Fév.1964, 141, n° 2 , 281.
- 21 - GUENIN PK FOS B. de, et FARAH A. - ulcères peptiques- Ann. Chir. Fév. 1971 , 25, n°3-4, 167-171 (Bibliogr.).
- 22 - GUTMANN R.A.- DAOUD J. et CORDET J.- Ulcères peptiques après opération type Péan. Atlas Radiol. Clin. in Presse réd., 14 Sept. 1963 , 71, n°37, 171-171-4, 16 fig.
- 23 - HEPP J. DECAUDAVEINE J. et PERNOD R.- ulcère peptique après anastomose hépatico-jéjunale en Y chez un gastrectomisé.- Mém. Acad. chir. 1960, 86, n° 30-31 , 897-903.
- 24 - HEPP J. et LACPANGE J.- A propos du traitement des fistules gastro-jéjuno-coliques journal de chir. (Paris) 1950, 66, PP. 116-128.

- 25 - HOFFMANN V. - Ulcère peptique après gastrectomie.- Münch. med. Wschr., 27 Mars 1964, 106, n°13, 592-600, 10 fig. (Bibliogr.)
- 26 - JEULAIN J.F. - Les ulcères anastomotiques après gastrectomie type Péan.- Thèse Paris 1970, n°223, 94 pag.
- 27 - KOURIAS B. et XEROS A. - Fistules gastro-jéjuno-coliques par ulcères peptiques J.chir.(Paris) Oct. 1963, 63, 86, n°4 , 265-280 (Bibliogr.).
- 28 - KOURIAS B. - Ulcères peptiques post-opératoires. Lyon chir, Nov. 1966, 62, n°6 , 926-935.
- 29 - LACACHE G. et Coll.- Sur 93 observations d'ulcères peptiques post-opératoires. Arch. Franç. Mal. App. Dig. Déc. 1969, 58, n° 12 , 830.
- 30 - LAGADEC B. et FAGNIEZ P.L. - Le traitement chirurgical des ulcères anastomotiques vie méd. Mars 1972, 53, n° 2, 1213-1221.
- 31 - LATASTE J. et ALBOU J.C.- Les ulcères anastomotiques gastriques. A propos de 40 observations. J. Chir. (Paris), Fév. 1972, 103, n°2, 135-142.
- 32 - LEYMARIE J.- Comment affirmer et traiter un ulcère peptique. Concours méd. 21 Nov. 1970, 92, n°47, 8681-8688.
- 33 - LOEWY - A propos de 5 observations de fistules gastro-jéjuno-coliques opération en deux temps.- journal de chir. (Paris) 1939, 58, PP. 30-40.

- 34 - MAISEL A.- Les ulcères peptiques. Apropos de 36 observations.
Thèse Paris 1967 n° 380, 99 pages.
- 35 - MARCHEL C. et Coll. L'ulcère peptique post-opératoire.
Considérations étio-pathogéniques et thérapeutiques. A propos de 22 observations. Montpellier chir. 1967, 13, n°6, 853-869.
- 36 - MARSHALL S. et KNUD-HANSEN J.- Gastro-jéjuno-colique and gastro-colic fistulas Ann. Surg. 1957, 145, P. 770.
- d'une
- 37 - MOLLARD P. - Analyse/statistique homogène de 70 cas d'ulcères peptiques post-opératoires. Lyon méd. 14 Fév. 1960 n°7 - Thèse Lyon 1959 , 96 pages , 434.
- 38 - MOREAUX J. et LE QUINTREC Y.- Les ulcères anastomotiques.
Rev. Prat (Paris) 1er Juin 1970, 20, n°16, 2635-2659, 12 fig. (bibliogr.).
- 39 - MOUCHET A. MARQUAND J. et LEROUX M.- Fistules gastro-jéjuno-coliques par ulcère peptique.- Arch. franç. Mal. App. dig. Janv.-Fév. 1960, 49 n° 1-2, 125-131 (Libliogr.).
- 40 - MOUCHET A., MARQUAND J. GUIVARC'H M. et MAISEL A.- A propos de 36 cas d'ulcères peptiques post-opératoires.
Arch. Franç. Mal. App. dig. Sept. 1967, 56 n°9, 849-850.

.../...

- 41 - MOUSSEAU M., MALVY P., BAUDRY G. et VISET J.- Problème des ulcères peptiques récidivants. Arch. Franç. Mal. App. dig., Nov. 1967, 56, n°11 , 1137-1138.
- 42 - NEGRE E.- CORDIER M. et BRUEL S.- Résultats éloignés de la vagotomie dans les ulcères peptiques après gastrectomies. Ann. Chir. (Sem. Hôp. Paris) Oct. 1964 , 18 n°21-22, 1276-1279.
- 43 - NUSSBAUMER A. - A propos du traitement chirurgical de l'ulcère peptique jéjunal. étude de 31 cas.- Ann. Chir. (Sem. Hôp. Paris) Oct. 1961, 15, n°19-20, 1282-1284.
- 44 - PARODI L. et le BOURTHE F.- Ulcère peptique après gastrectomie à manifestations hémorragiques traité avec succès par double vagotonie sous-diaphragmatique. Mém.Acad. Chir, 31 Janv. 7 fév. 1962, 88, n° 4-5, 161-163.
- 45 - PERROTIN J. et HOLLANDER L. - ulcères peptiques après gastrectomie. Rapport présenté au 60ème congrès Français de Chirurgie - Paris 1958.
- 46 - PRICE W.E., GRIZZLE J.F., POSTLEWAIT R.W. et Coll.- results of operations for duodenal ulcer.- surg. Gyn. Obst. 1970, 131, 233-244.
- 47 - RATERMAN L. et PU CKWALTER J.A.- Le traitement de l'ulcère gastrique marginal Arch. Surg. Juill. 1962, 85 , n°1, 114-121, 6 tabl. (Bibliogr.)
- 48- REISS R. et ANTAL C.- Perforation en péritoine libre des ulcères gastro-jéjunaux après gastrectomie. Amer. J. Surg. Déc. 1967, 114, n°6, 937-940 (Bibliogr.)

.../...

- 49 - RICHELME H., BOYER R. et BOURGEON A.- La perforation de l'ulcère peptique en péritoine libre.- Ann. Chir. Mai 1972, 26, n°9-10, 581-588 (Bibliogr.).
- 50 - RIGNAULT D.- Ulcères peptiques. E.M.C. 1971, 7, 9029, C.10
- 51 - ROBIN B. - Les ulcères peptiques post-opératoires. Concours Méd. 1-8 Août 1964, 86, n° 31-32, 4737-4743.
- 52 - RUDLER J.C.- Ulcère post-opératoire. Bibl. Gastroentérol. 1964, n°6, 170-179 - Bibliogr. (texte français).
- 53 - SENEQUE J.7 Dégastr-entérostomie et gastrectomie- J. de Chir, 1939, 53, PP 14 - 29, 5 fig.
- 54 - SMADJA M.- A propos des ulcères anastomotiques. Etude de 50 cas (en dehors du syndrome de Zollinger-Ellison) Thèse Paris 1968 n°40 , 73 pages.
- 55 - TOLIO A. et DA. GRADA T. - La vagotomie dans le traitement de l'ulcère peptique post-opératoire - Arch. Ital., Chir., 1960, 86, n°3, 279-297. (Bibliogr.) (résumé français).
- 56 - TOROK B. et SALAMON A.- Contribution à la question de l'ulcère post-opératoire Bruns Beitr. Klin. Chir. 1960, 201, n°3, 279-289, 5 fig. 1 Tabl.(Bibliogr.)
- 57 - VENEJOUL R. DE. et COURBIER R.- Les ulcères gastro-jéjunaux après gastrectomie - à propos de 68 cas opérés.- rev. chir. 1955, 74, PP, 317-333.
- 58 - ZANNOTTI P.- Contribution à l'étude de la vagotomie bilatérale dans le traitement des ulcères duodénaux et peptiques- Thèse Paris 1960, n° 232, 93 pages.

